

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ใช้ทุน

สาขาจิตเวชศาสตร์ สาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น

ประจำปีการศึกษา 25.....

เลขที่.....

(โปรดเขียนตัวบรรจง)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง
เกิดวันที่..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....
ศาสนา.....สถานภาพ คู่ หม้าย หย่า
ใบประกอบวิชาการเวชกรรมเลขที่.....ออกให้เมื่อวันที่.....

2. ต้นสังกัดที่ส่งเข้าฝึกอบรม

กระทรวง.....กรม/มหาวิทยาลัย/บริษัท.....
จังหวัด.....โรงพยาบาล.....

3. ที่อยู่ติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
E-mail.....

4. วุฒิการศึกษาและการปฏิบัติงานของผู้สมัคร

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อ พ.ศ.....จากสถาบัน.....เกรดเฉลี่ย.....
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....
วุฒิอย่างอื่น (ถ้ามี).....

ชื่อบิดา.....อาชีพ.....

ที่อยู่.....

ชื่อมารดา.....อาชีพ.....

ที่อยู่.....

ชื่อสามีหรือภรรยา.....อาชีพ.....

การมีบุตร ไม่มีบุตร มีบุตร.....คน กำลังตั้งครรภ์.....เดือน

ปฏิบัติตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ ที่ โรงพยาบาล.....

ตั้งแต่.....ถึง.....

ได้แนบหลักฐานต่างๆมาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วย(ทำเครื่องหมาย / ใน เฉพาะข้อที่ต้องการ) คือ

- ใบประเมินผลการศึกษา(Transcript) จำนวน 1 ฉบับ
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้รู้จักคุ้นเคย จำนวน 1 ฉบับ
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานด้านจิตเวชศาสตร์ จำนวน 1 ฉบับ
- เรื่องความเรียง “ชีวิตของฉัน” จำนวน 1 หน้า
- รูปถ่าย ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 ใบ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

ส่งใบสมัครและหลักฐานมาที่
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110 ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ
อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200