

ลำดับที่.....วันที่.....



ที่ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 - 2 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด ประจำปีการศึกษา 2563
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- สมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ลำดับที่.....
- สมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขา.....ลำดับที่.....

- ชื่อ - นามสกุล ผู้สมัคร (นพ./พญ.).....
วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
ศาสนา..... สถานภาพ สมรส โสด
- ภูมิลำเนาบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail :
- ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต.....
ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา..... เกรดเฉลี่ย.....
- เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....
- สถานที่ทำงานปัจจุบัน รพ..... อำเภอ..... จังหวัด.....
- รางวัลด้านการศึกษาหรือด้านอื่น ๆ.....
- ความสามารถพิเศษ.....
- เล่นกีฬา.....
- เคยร่วมในกิจกรรมนอกหลักสูตร ขณะเป็นนักศึกษา.....
- ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ภาระการชดใช้ทุน
 - โครงการเพิ่มพูนทักษะ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล..... จังหวัด.....
ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ถึงเดือน..... พ.ศ.....
 - การปฏิบัติงานหลังจากโครงการเพิ่มพูนทักษะ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....
จังหวัด..... ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ถึงเดือน..... พ.ศ.....

12. รายชื่อผู้สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้สมัคร จำนวน 3 ท่าน

- ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....E-mail :
- ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....E-mail :
- ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....E-mail :

13. สิทธิในการสมัคร มีต้นสังกัด ชื่อต้นสังกัด.....
 ไม่มีต้นสังกัด

14. ท่านได้ยื่นใบสมัครแพทย์ประจำบ้านที่สถาบันอื่น คือ.....

15. รายละเอียดอื่น ๆ ที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครเข้ารับการศึกษา
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ**
- ใบสมัครฉบับนี้ไม่ถือเป็นใบสมัครแพทย์ประจำบ้านของแพทยสภา
 - หากแพทย์ท่านใดประสงค์จะสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขาจักษุวิทยา ภายหลังจากยื่นใบสมัครที่
หน่วยการศึกษาหลังปริญญาเรียบร้อยแล้ว ให้ไปติดต่อที่ภาควิชาจักษุวิทยา ชั้น 4 โรงพยาบาล
สงขลานครินทร์ เพื่อตรวจวัดสายตาและทดสอบทำแบบประเมิน
 - สามารถดูเงื่อนไขการรับสมัครในแต่ละสาขาได้จากเว็บไซต์ประชาสัมพันธ์การรับสมัคร
 - สมัครด้วยตนเองหรือส่งทางไปรษณีย์ถึง หัวหน้าหน่วยการศึกษาหลังปริญญา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
 - สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ E-mail : postgrad@medicine.psu.ac.th
โทรศัพท์ 074-451542 /โทรสาร 074-451543