



ที่ติดรูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน
สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
สถาบัน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
ประจำปีการฝึกอบรม

ชื่อ ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว นามสกุล

วัน เดือน ปีเกิด เชื้อชาติ สัญชาติ

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ออกให้เมื่อวันที่

ต้นสังกัดที่ส่งเข้าฝึกอบรม ☐ มีต้นสังกัด ☐ อิสระ

กรณีอิสระระบุสถานที่ทำงานปัจจุบัน

ต้นสังกัด กระทรวง กรม/มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาล จังหวัด

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่ติดต่อได้)

เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน / อาคาร ซอย

ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์มือถือ E-mail

คุณวุฒิการศึกษา (ระบุชื่อคุณวุฒิ)

.....สถาบัน

ออกให้เมื่อวันที่ ระดับคะแนนเฉลี่ย (GPA)

.....สถาบัน

ออกให้เมื่อวันที่ ระดับคะแนนเฉลี่ย (GPA)

ประสบการณ์ทำงาน และฝึกงาน

1

2

3

ลงชื่อผู้สมัคร

.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....