

ใบสมัครฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขากุมารเวชศาสตร์
สถาบัน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ – โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (ร่วมผลิต)
ประจำปีการศึกษา 2566

1. ชื่อ - สกุลอายุ.....ปี
2. สังกัด
 - มีต้นสังกัด (กรุณาระบุต้นสังกัดของท่าน.....)
 - อิสระ (Free train)
3. สมัครฝึกอบรม ณ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ในสาขา สาขากุมารเวชศาสตร์
4. เลือกฝึกอบรม ณ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นลำดับที่
 - 1
 - 2
 - 3
5. สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
6. ที่อยู่ปัจจุบัน.....
เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
E-mail.....
7. สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตเมื่อ พ.ศ.....สถาบัน.....
8. เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดการศึกษา (GPA).....
9. เกรดวิชากุมารเวชศาสตร์ ชั้นปีที่ 4ชั้นปีที่ 5ชั้นปีที่ 6
10. ฝึกปฏิบัติเพิ่มพูนทักษะ 1 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.ถึงปี พ.ศ.
โรงพยาบาล/สถาบัน.....
11. หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน
หมายเลขโทรศัพท์ของผู้สมัคร มือถือ.....ID Line.....
ชื่อและนามสกุลผู้ที่สามารถติดต่อได้.....เกี่ยวข้องเป็น.....
หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ที่สามารถติดต่อได้.....

หลักฐานประกอบการสมัคร

- รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 3 รูป
- สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 3 ใบ
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 3 ใบ
- สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 3 ใบ
- สำเนาใบปริญญาบัตร จำนวน 3 ใบ
- สำเนาผลการศึกษาลอตหลักสูตร แพทยศาสตรบัณฑิต (Transcripts) จำนวน 3 ใบ
- ใบประเมินผลการฝึกปฏิบัติแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (พท.3/2) จำนวน 3 ใบ
- ใบรับรองการทำงาน (Recommendation) จำนวน 3 ใบ
- Curriculum Vitae จำนวน 3 ชุด
- ผลการสอบภาษาอังกฤษ (IELTS, MU-GRAD Plus, TOEFL iBT, MU ELT) [ถ้ามี] จำนวน 1 ชุด

ขอรับรองว่าถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ: หากผู้สมัครต้องการอุทธรณ์ผลการคัดเลือก สามารถยื่นใบอุทธรณ์โดยตรง
ที่ คณะกรรมการศึกษาหลังปริญญา กลุ่มงานกุมารเวชกรรม รพ.เจริญกรุงประชารักษ์
โทรศัพท์ 02-289-7497 (คุณธิติมา ดียิ่ง)