

ใบสมัครฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขากุมารเวชศาสตร์  
สถาบัน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ – โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (สถาบันสมทบ)  
ประจำปีการศึกษา 2563

1. ชื่อ – สกุล ..... อายุ..... ปี
2. สังกัด
  - ☐ มีต้นสังกัด (กรุณาระบุต้นสังกัดของท่าน.....)
  - ☐ อิสระ (Free training)
3. สมัครฝึกอบรม ณ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ในสาขา สาขากุมารเวชศาสตร์
4. เลือกฝึกอบรม ณ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นลำดับที่
  - ☐ 1
  - ☐ 2
  - ☐ 3
5. สถานที่ทำงาน/ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
E-mail.....
6. สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตเมื่อ พ.ศ..... สถาบัน.....
7. เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดการศึกษา (GPA).....
8. เกรดวิชากุมารเวชศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 .....ชั้นปีที่ 5.....ชั้นปีที่ 6.....
9. ฝึกปฏิบัติเพิ่มพูนทักษะ 1 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ..... ถึงปี พ.ศ.....  
ที่โรงพยาบาล/สถาบัน.....
10. หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน  
หมายเลขโทรศัพท์ของผู้สมัคร มือถือ.....บ้าน.....  
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 ชุด
- ☐ ใบรับรองการทำงาน (Recommendation) จำนวน 3 ใบ
- ☐ Curriculum Vitae จำนวน 3 ชุด
- ☐ ผลการสอบภาษาอังกฤษ (ถ้ามี) จำนวน 1 ชุด

### ขอรับรองว่าถูกต้อง

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่...../...../.....

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