

# ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้าน สาขาศัลยศาสตร์

กรุงเทพมหานคร - ศิริราช

รูปถ่ายผู้สมัคร

ขนาด 2 นิ้ว

ขาวดำหรือสี

แต่งกายสุภาพ

ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร นาย/นาง/น.ส./อื่นๆ .....

วันเดือนปีเกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม      ออกให้ ณ วันที่ .....

สถานภาพการสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า

จำนวนบุตร  ไม่มี  1 คน  2 คน  > 2 คน

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

คุณวุฒิทางการศึกษา ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต

.....ปี พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา..... เกรดเฉลี่ย.....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....

อายุการทำงาน.....ปี

ประสบการณ์การทำงาน (ย้อนหลัง 3 ปี)

พ.ศ.2558.....

พ.ศ.2559.....

พ.ศ.2560.....

ความพร้อมทางเศรษฐกิจ

1. ที่พักอาศัยของตนเอง  ไม่มี  มี อยู่ที่.....

2. รถยนต์ส่วนตัว  ไม่มี  มี

3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนก่อนสมัครแพทย์ประจำบ้าน

<20,000 บาท

20,000-40,000 บาท

>40,000 บาท

ท่านมีต้นสังกัดส่งเข้าฝึกอบรมหรือไม่

ไม่มีต้นสังกัด  มีต้นสังกัด (ระบุชื่อต้นสังกัด).....



รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร

(ผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดอย่างน้อย 2 คน ตรงกับหลักฐานที่ส่งพร้อมใบสมัคร)

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่-โทรศัพท์
1.		
2.		

ความพร้อมในการเป็นศิษย์แพทย์

1. สนใจเรียนเป็นศิษย์แพทย์เพราะ.....

.....

2. สนใจเลือกเรียนที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพราะ.....

.....

.....

3. ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับระบบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ที่ควรจะเป็น

3.1 เน้นกิจกรรมทางวิชาการมากกว่าการดูแลผู้ป่วย  เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย

3.2 ไม่ให้แพทย์ประจำบ้านเป็นเจ้าของไข้ผู้ป่วยเอง  เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย

3.3 มีโอกาสได้ทำผ่าตัดใหญ่ด้วยตนเองบ่อย ๆ  เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย

3.4 ให้อาจารย์สอนบรรยายมากกว่าอ่านหนังสือเอง  เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย

3.5 ต้องทำงานวิจัย  เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย

3.6 ต้องสอนนักศึกษาแพทย์ในระหว่างการปฏิบัติงาน  เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย

3.7 ต้องขึ้นดูแลผู้ป่วยและสอนนักศึกษาแพทย์ทุกวันหยุดราชการ  เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย

3.8 ต้องอยู่เวรนอกเวลาราชการเดือนละ 10-15 วัน  เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย

3.9 ต้องอยู่เวรห้องฉุกเฉินตรวจผู้ป่วยนอกเวลาราชการ  เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย

3.10 ไม่อนุญาตให้ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวนอกพร.  เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....