

ระเบียบการสอบคัดเลือกบุคคล
เข้ารับการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์
กรุงเทพมหานคร -ศิริราช
ปีการศึกษา 2560



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.2557.....

พ.ศ.2558.....

พ.ศ.2559.....

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.....



เรื่อง การรับสมัครสอบคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรม
เป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์
กรุงเทพมหานคร - ศิริราช
ประจำปีการศึกษา 2560

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลตากสินร่วมกับ
ภาควิชาศัลยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือก เป็นแพทย์ประจำบ้าน
กรุงเทพมหานคร-ศิริราชประจำปีการศึกษา 2560

1. ลักษณะการฝึกอบรมสาขาศัลยศาสตร์

วุฒิบัตรสาขาศัลยศาสตร์ หลักสูตรการฝึกอบรม 4 ปี

2. คุณสมบัติทั่วไปของผู้มีสิทธิสมัคร

2.1 สำเร็จปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิต จากสถาบันในประเทศหรือต่างประเทศที่ได้รับการ
รับรอง และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

2.2 ผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะครบถ้วนตามเกณฑ์ของแพทยสภา

2.3 มีความประพฤติดี

2.4 มีพื้นฐานความรู้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษดี

2.5 มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงดี สามารถปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเดือนละ 10-15 เวร

2.5 ไม่เคยถูกไล่ออกจากที่ทำงานหรือสถาบันฝึกอบรมใด ๆ มาแล้ว เพราะความประพฤติไม่
เหมาะสมหรือกระทำความผิดต่าง ๆ ที่ไม่ใช่ทางด้านวิชาการ

3. การสมัคร

ให้สมัครที่กลุ่มงานศัลยกรรมของกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกลาง หรือ โรงพยาบาลเจริญกรุง
ประชารักษ์ หรือโรงพยาบาลตากสินโดยตรงก่อน และในกรณีปกติจะต้องสมัครผ่านแพทยสภา
ภายในเวลาตามที่แพทยสภากำหนด หลังจากนั้นแพทยสภาจะส่งรายชื่อมายังกลุ่มงานศัลยกรรม
อย่างเป็นทางการอีกครั้งติดต่อขอรับใบสมัครได้ที่ธุรการของกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกลาง
หรือ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ หรือดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบสมัครได้ที่

www.klanghospital.go.th , <http://www.ckphosp.go.th>

4. การยื่นใบสมัคร

ผู้สมัครสามารถยื่นใบสมัครด้วยตนเองหรือส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม - 15 กันยายน 2559 โดยต้องแนบหลักฐานดังต่อไปนี้

- 4.1 ใบสมัครที่กรอกข้อความ ลงนาม และติดรูปถ่ายเรียบร้อยแล้ว
การกรอกข้อความในใบสมัคร โปรดกรอกให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง
- 4.2 สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ
- 4.3 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล (ถ้ามี)
- 4.4 สำเนาหลักฐานการสมรส (ถ้ามี)
- 4.5 สำเนาทะเบียนบ้าน
- 4.6 สำเนาระเบียนผลการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต (transcript)
- 4.7 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- 4.8 แบบประเมินคุณลักษณะส่วนตัวและการปฏิบัติงานจากแพทย์ที่เคยปฏิบัติงานร่วมกับผู้สมัครมาก่อนหรือจากผู้บังคับบัญชา อย่างน้อย 1 ฉบับ โดยใช้แบบฟอร์มการประเมินและของจดหมายที่แนบมากับใบสมัครนี้
- 4.9 หนังสือรับรองต้นสังกัดหรือรับรองว่าจะเป็นต้นสังกัด(ถ้ามี)

ผู้สมัครจะต้องยื่นใบสมัครภายในระยะเวลาที่กำหนด ก่อนวันทำการสอบคัดเลือก หรือถ้าเป็นกรณีที่สมัครทางไปรษณีย์จะนับเอาวันที่ประทับตราไปรษณีย์ที่ซองเป็นสำคัญ

5. กำหนดวันเวลาและสถานที่สอบ

จะจัดการสอบคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน ณ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกลาง โดยจะแจ้งให้ทราบอีกครั้งหนึ่ง (ประมาณเดือนกันยายน 2559)

5. หลักเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน โดยพิจารณาจากการสอบสัมภาษณ์ จดหมายแนะนำตัวและผลการเรียนในอดีต โดยผู้ที่มีต้นสังกัดทางราชการส่งฝึกอบรมจะได้รับการพิจารณาคัดเลือกก่อนผู้สมัครอิสระ ตามหลักเกณฑ์ของแพทยสภา โดยแบ่งคะแนนจากผลการเรียนในอดีต 20% จดหมายแนะนำตัว จากแพทย์ที่เคยปฏิบัติงานร่วมกับผู้สมัครมาก่อนหรือจากผู้บังคับบัญชา 30% จากการสอบสัมภาษณ์ 50%

จัดให้มีการสอบคัดเลือก โดยพิจารณาคัดเลือกผู้เข้าสอบที่ได้คะแนนสูงเรียงตามลำดับจนครบ 4 คน และในกรณีที่ได้ครบตามจำนวนแล้วจะงดสอบในครั้งต่อไป

ภาควิชาศัลยศาสตร์ให้โอกาสผู้เข้าสอบสมัครเข้าสอบได้เพียงครั้งเดียวเท่านั้น

ในวันสอบให้ผู้สมัครแต่งกายสุภาพ และมาถึงก่อนเวลาสอบอย่างน้อย 15 นาที

6. การประกาศผลสอบ

จะประกาศรายชื่อผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกและรายชื่อสำรองตามลำดับสามารถติดตามผล
การสอบได้ที่เว็บไซต์ www.klanghospital.go.th , <http://www.ckphosp.go.th>

7. การรายงานตัว

ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกตามประกาศผลการสอบ ให้มารายงานตัว ตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด
มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์ และในกรณีดังกล่าวทางจะแจ้งให้ผู้ที่อยู่ในรายชื่อสำรองเข้ารายงานตัวแทนต่อไป

8. การจัดส่งเอกสารการสมัคร

ผู้สนใจ ส่งแบบแสดงความจำนง กรอกข้อมูลครบถ้วนและหลักการสมัคร ส่งเอกสารทางจดหมาย (EMS) ได้ที่
กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกลาง

514 ถนนหลวง แขวงป้อมปราบ

เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร

10100

ภายในวันที่ 15 กันยายน 2559

ติดต่อขอทราบรายละเอียดได้ที่ คุณนภัสวรรณ , คุณธรรภาพร

แผนกธุรการกลุ่มงานศัลยกรรม โทร 02-220-8000 ต่อ 11260 หรือ 8028

แบบประเมินคุณลักษณะส่วนตัวและการปฏิบัติงาน

ชื่อผู้สมัคร.....

ชื่อผู้ประเมิน.....

ตำแหน่งของผู้ประเมิน

สถานที่ทำงาน โทร.....

ผู้ประเมินเกี่ยวข้องกับผู้สมัครในฐานะเป็น

- ได้มีโอกาสปฏิบัติงานร่วมกับผู้สมัคร ทำงานใกล้ชิดและเห็นผู้สมัครเกือบทุกวัน
- ทำงานใกล้ชิดหรือเห็นผู้สมัครเกือบทุกวัน
- มีโอกาสพบผู้สมัครนานๆ ครั้ง

ข้าพเจ้าขอประเมินผู้สมัครในลักษณะต่อไปนี้ (ขีดเครื่องหมายถูก)

คุณลักษณะ	ดีมาก	ค่อนข้างดี	พอใช้	ไม่ดี	ไม่แน่ใจ
1. ความรับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วย					
2. ความรู้ ความสนใจทางวิชาการ					
3. มนุษยสัมพันธ์ต่อเพื่อนร่วมงาน					
4. ความเมตตา กรุณาต่อผู้ป่วย					
5. ความเสียสละเพื่อส่วนรวม					
โดยสรุปคิดว่าผู้สมัคร					

ท่านคิดว่าผู้สมัครจะเป็นศิษย์แพทย์ที่ดีหรือไม่ ได้ ไม่ได้

จากการได้รู้จักผู้สมัครในช่วงเวลาที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่ประทับใจในความทรงจำของข้าพเจ้ามากที่สุดเกี่ยวกับผู้สมัครในด้านดี คือ

.....

.....

.....

.....

.....

จากการได้รู้จักผู้สมัครในช่วงเวลาที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่ประทับใจในความทรงจำของข้าพเจ้ามากที่สุด
เกี่ยวกับผู้สมัครในด้านไม่ดี คือ

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....
...../...../.....

(โปรดผนึกซองมาไว้ให้แน่นหนาแล้วให้ผู้สมัครจัดการนำส่งโดยข้อมูลทุกอย่างในแบบประเมินนี้จะถูกเปิด
ออกโดยคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและความคิดเห็นทุกอย่างของท่านจะถูกเก็บไว้เป็น
ความลับ)