แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ประบ้านต่อยอด

สาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์

ประจำปีการศึกษา.....

ให้กรอกข้อความโดยการพิมพ์หรือเขียนตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย✓ หรือระบุตัวเลขลงในช่อง□ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง เอกสารที่เป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

ก. ประวัติส่วนตัว ชื่อ.....นามสกุล.....

ชื่อ-นามสกุล(ภาษาอังกฤษ).....

เลขที่บัตรประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี สถานภาพ.....

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

ภูมิลำเนา.....

ชื่อคู่สมรส(ถ้ามี).....อายุ.....ปี

สถานที่ทำงาน.....อาชีพ.....โทรศัพท์.....

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้

เลขที่.....อาคาร/หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail..... ID Line.....

ค. คุณวุฒิทางการศึกษา

☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย.....พ.ศ.....เกรดเฉลี่ย.....

☐ ระดับอุดมศึกษา.....พ.ศ.....เกรดเฉลี่ย.....

☐ กิจกรรมในช่วงการศึกษา.....

.....

.....

.....

ง. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

☐ ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
(โปรดระบุเหตุผลและปีพ.ศ. ที่เคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัคร).....

☐ ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
(ถ้าเคยโปรดระบุ) ชื่อสถาบันที่เข้ารับการฝึกอบรม.....
ปี พ.ศ.ที่จะจบ หรือจบ.....

จ. ประสบการณ์การการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/ภาระการชดใช้ทุน

☐ โครงการเพิ่มพูนทักษะ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....
ตังแต่เดือน.....พ.ศ. .....ถึงเดือน.....พ. ศ. .....

☐ ภาระการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)
☐ มี ปฏิบัติมาแล้ว.....ปี ☐ ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี ☐ ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

☐ ระยะเวลาหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาเวชกรรม รวม.....ปี.....เดือน

☐ สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....จังหวัด.....

☐ บรรณานุกรมงานวิจัยและงานวิชาการ

ลำดับที่	ผู้แต่ง	เรื่อง	วารสารที่ลงพิมพ์หรือสำนักพิมพ์	พ.ศ.	หน้า

☐ รางวัลความดีความชอบพิเศษและเกียรติคุณอื่นๆที่ได้รับ

ชื่อรางวัลและอื่นๆ	แหล่งที่มอบให้ (Grant Source)	ปี พ.ศ.

☐ รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ข้อให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด และไม่ใช่บุคคลในครอบครัว)

- ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง..... .....
  ที่อยู่..... .....
  สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์..... .....
- ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
  ที่อยู่..... .....
  สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์..... .....

ฉ. สิทธิ์ในการสมัคร

☐ ไม่มีต้นสังกัด

☐ มีต้นสังกัด (ระบุชื่อต้นสังกัดและตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด)

.....

.....

ช. เอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร

☐ แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (โดยนำเอกสารตัวจริงมาในวันที่สัมภาษณ์) 1 ชุด

☐ สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต (Transcript) 1 ชุด

☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม 1 ชุด

☐ สำเนาประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ 1 ชุด

☐ สำเนาหนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก (ถ้ามี) 1 ชุด

☐ ประวัติส่วนตัว (Curriculum Vitae) 1 ชุด

☐ จดหมายรับรอง (Letter of Recommendation) (โดยนำเอกสารตัวจริงมาในวันที่สัมภาษณ์) 3 ฉบับ

☐ รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน (นับถึงวันสมัคร) 1 รูป

<u>หมายเหตุ</u> ผู้สมัครอาจแนบเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น หนังสือแนะนำคุณสมบัติตัวเอง, งานวิจัย , บทความทางวิชาการ ฯลฯ

ส่งแบบแสดงความจำนงและเอกสารหลักฐาน

ผู้สมัคร ส่งเอกสารและหลักฐานที่ต้องการสมัคร กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนตามความเป็นจริง ผ่านช่องทางดังต่อไปนี้

1. Scan ใบสมัครและหลักฐานทั้งหมดส่งมายัง Email: chulalongkornmfm@gmail.com
2. มาส่งเอกสารด้วยตนเองที่ หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ตึกภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ชั้น 9 โซน C โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

<u>โปรดส่งเอกสารผ่านช่องทางดังกล่าว ภายในวันศุกร์ ที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2563 ก่อนเวลา 12.00 น. เท่านั้น</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความในใบสมัคร หรือรายละเอียดที่ให้ไว้หรือเอกสารที่นำมาแสดง เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากหน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รับข้าพเจ้าเข้ามาฝึกอบรมแล้ว และพบว่าข้อความในใบสมัครหรือรายละเอียดที่ให้ไว้ หรือเอกสารที่นำมาแสดง ไม่เป็นความจริง หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการฝึกอบรมของข้าพเจ้าได้ทันที โดยไม่ต้องจ่ายเงินชดเชย/ค่าเสียหายใด ๆ และข้าพเจ้าไม่มีสิทธิ์ในการฟ้องร้องหน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไม่ว่าในกรณีใดๆ ทั้งสิ้น

จึงได้ลงลายมือชื่อที่มุมขวาด้านล่างของเอกสารใบสมัคร พร้อมกับลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารและหลักฐาน ที่แนบทุกฉบับไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

(ลงลายมือชื่อ)..... .....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....