



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์

สถาบันฝึกอบรม กลุ่มงานสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี

ปีการฝึกอบรม พ.ศ. 2567-2568

=====
ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย)..... (ชื่อเล่น)

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ).....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี E-mail:.....

Facebook :.....Instagram :Twitter :

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

.....ภูมิสำเนาเดิม จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....เบอร์โทรศัพท์บ้าน

เชื้อชาติสัญชาติ.....ศาสนา.....

สถานภาพสมรส.....บุตร-ธิดาคน

ชื่อ-สกุลบิดา.....อาชีพ

ชื่อ-สกุลมารดา.....อาชีพ

จบการศึกษามัธยมปลายที่โรงเรียน

จบแพทยศาสตรบัณฑิตจาก.....เมื่อปี พ.ศ.

ได้คะแนนเฉลี่ย/GPAเกรดของ OB-GYN.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่

ประวัติการทำงานหลังจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต

1. ปีที่ 1 ที่ โรงพยาบาล.....จังหวัด

ตั้งแต่ถึง.....

2. ปีที่ 2 ที่ โรงพยาบาล.....จังหวัด

ตั้งแต่ถึง.....

3. ปีที่ 3 ที่ โรงพยาบาล.....จังหวัด

ตั้งแต่ถึง.....

จรรยาบรรณผู้เชี่ยวชาญ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา จากสถาบันฝึกอบรม

เมื่อปี พ.ศ.

ประวัติการทำงานหลังจบการฝึกอบรมสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาจนถึงปัจจุบัน

1. ปีที่ 1 ที่ โรงพยาบาล.....จังหวัด

ตั้งแต่ถึง.....

2. ปีที่ 2 ที่ โรงพยาบาล.....จังหวัด

ตั้งแต่ถึง.....

3. ปีที่ 3 ที่ โรงพยาบาล.....จังหวัด



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์

สถาบันฝึกอบรม กลุ่มงานสูติรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

ปีการฝึกอบรม พ.ศ. 2567-2568

ตั้งแต่วันที่ ถึง.....

ประเภทของการฝึกอบรม มีต้นสังกัดคือโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่.....

ไม่มีต้นสังกัด/อิสระ

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่สมัคร

หลักฐานประกอบการสมัคร

1. รูปถ่ายที่เห็นหน้าชัดเจน ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
2. สำเนาใบรับรองผลการศึกษาระดับปริญญาตรี (transcript) จำนวน 1 ใบ
3. จดหมายรับรองการได้รับทุนจากต้นสังกัด (กรณีมีต้นสังกัด)
4. วิดีโอแนะนำตนเอง (Video clip) ความยาวไม่เกิน 5 นาที (ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษก็ได้)
5. แฟ้มสะสมผลงาน (Portfolio) (ถ้ามี)
6. ใบรับรองแพทย์การตรวจสุขภาพ พร้อมผลตรวจเลือด CBC, HBsAg, Anti-HIV และ CXR
7. การประเมินคุณลักษณะของผู้สมัคร(recommendation) โดยผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 ท่าน ดังต่อไปนี้
 - (1)โรงพยาบาล.....โทรศัพท์..... E-mail
 - (2)โรงพยาบาล.....โทรศัพท์..... E-mail
 - (3)โรงพยาบาล.....โทรศัพท์..... E-mail
 (การประเมินคุณลักษณะให้กับผู้สมัคร ผู้ประเมินจะดำเนินการผ่านระบบ google form จากสถาบันฝึกอบรม)

*** หากท่านมีเอกสารประกอบการสมัครไม่ครบ จะไม่ได้รับการเรียกตัวเข้าสอบคัดเลือกเพื่อเป็นแพทย์ประจำบ้าน ***

ส่งใบสมัครกลับมาที่ E-mail : backoffice.gyn.ob@gmail.com คุณเรียม จันทร์สง่า, คุณชนก ธัญผล

ติดต่อ เบอร์โทร 02-2062900 ต่อ 30213, 30248 หรือ 087-3425182

เจ้าหน้าที่ของถึง

หัวหน้ากลุ่มงานสูติรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

2 ถนนพญาไท เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400

(แบบประเมินผู้สมัครแพทย์ประจำบ้าน)