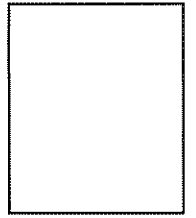


ใบสมัครเข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗



ข้อมูลส่วนตัว

ข้าพเจ้า ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่ อายุ ปี ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ต้นสังกัดที่ส่งเข้าฝึกอบรม

โรงพยาบาล จังหวัด

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/อาคาร ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

โทรศัพท์มือถือ Email

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน เบอร์

คุณวุฒิการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์และฝึกอบรมในวิชาชีพ

ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จากสถาบัน ปีที่จบ เกรดเฉลี่ย.....

ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ที่

ขณะนี้ ปฏิบัติงานที่ จังหวัด

ท่านเคยได้รับการสอบสวนทางวินัย หรือไม่

ไม่เคย เคย สาเหตุ เมื่อ พ.ศ.

โรคประจำตัว

ไม่มี มีโรค

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ในใบสมัครนี้เป็นจริงทุกประการและเอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครถูกต้อง

ลงชื่อผู้ยื่นใบสมัคร

(.....)

เอกสารประกอบการสมัคร

1. รูปถ่าย 1 นิ้ว
2. สำเนาใบประกอบวิชาชีพ
3. ใบ Transcript
4. สำเนาทะเบียนบ้าน
5. สำเนาบัตรประชาชน
6. ใบ resume



ประกาศโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง
เรื่อง ขยายระยะเวลาการรับสมัครแพทย์เข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน รอบที่ ๑
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗

ตามประกาศโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ได้ประกาศรับสมัครแพทย์เข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านรอบที่ ๑ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ จำนวน ๒ พูน ซึ่งยังมีสาขาที่ยังเปิดรับสมัคร จำนวน ๑ สาขา คือ

๑. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๑ พูน

ผู้สนใจยื่นใบสมัครได้ที่กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง อาคารผู้ป่วยนอกชั้น ๓ หรือสามารถยื่นเอกสารใบสมัครทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Chawanghospital@hotmail.com (เอกสารฉบับจริงนำมาในวันสอบสัมภาษณ์) ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ - ๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ กำหนดสอบสัมภาษณ์ในวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๐๐ น. ที่กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น ๓

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๖

(นางสาวจริญญา แสงจันทร์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง