1/28

รับที่ 08719
วันที่ ๒๗ ส.ค. ๒๕๖๑
เวลา

สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

ที่สด. 4433 /2561

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
สภากาชาดไทย
290 ถนนเจิมจอมพล ตำบลศรีราชา
อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110

14 สิงหาคม 2561

เรื่อง เปิดรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ประจำปีการฝึกอบรม 2562
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัด / ผู้อำนวยการศูนย์แพทยฯ
สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน

ด้วยโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย มีความประสงค์จะเปิดรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โดยเปิดรับสมัครแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ 2 ปีขึ้นไป หรือแพทย์ที่สนใจเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาดังกล่าว ประจำปีการฝึกอบรม 2562 จำนวน 1 อัตรา ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม – 30 กันยายน 2561 โดยแนบหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้

1. ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน พร้อมรูปถ่าย ขนาด 1” หรือ 2” จำนวน 2 รูป
2. ใบแสดงผลการเรียน (Transcript) จำนวน 1 ฉบับ
3. หนังสือแนะนำตัว จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 1 ฉบับ
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
6. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ชัยเวช นุชประยูร)
ผู้ช่วยเลขาธิการสภากาชาดไทย รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

๒๗ ส.ค. ๒๕๖๑

สนใจติดต่อเพิ่มเติม ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
โทรศัพท์/โทรสาร 038 - 320200 ต่อ 3417
ผู้ประสานงาน ชนิสรา สุขผดุง

(นายกิตติ กิตติเวช)
สาธารณสุขอำเภอบางละมุง
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีด้านบริหาร
รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

รูปถ่าย 2 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ชื่อ : .....นามสกุล : .....สถานภาพ ( ) โสด ( ) สมรส
   Name : .....Surname : .....เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
   เกิดวันที่ : .....เดือน : .....พ.ศ. : .....อายุ : .....ศาสนา : ..... เชื้อชาติ : .....
   สัญชาติ : .....เลขที่บัตรประชาชน : .....
2. ภูมิลำเนา เลขที่ : .....หมู่ : .....ตรอก/ซอย : .....ถนน : .....ตำบล : .....
   เขต/อำเภอ : .....จังหวัด : .....รหัสไปรษณีย์ : .....โทรศัพท์ : .....
3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้สะดวกและรวดเร็ว) เลขที่ : .....หมู่ : .....ตรอก/ซอย : .....
   ถนน : .....ตำบล : .....เขต/อำเภอ : .....จังหวัด : .....
   รหัสไปรษณีย์ : .....โทรสาร : .....E-mail address : .....
   โทรศัพท์ (บ้าน) : .....โทรศัพท์ (มือถือ) : .....
4. ชื่อ-นามสกุล บิดา : .....อายุ : .....ปี อาชีพ : .....
   สถานที่ทำงาน : .....โทรศัพท์ : .....
   ชื่อ-นามสกุล มารดา : .....อายุ : .....ปี อาชีพ : .....
   สถานที่ทำงาน : .....โทรศัพท์ : .....
5. จบการศึกษาจาก (สถาบัน) : .....เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) : .....
   จังหวัด : .....
6. โรงพยาบาลที่ชดใช้ทุนหลังจากเรียนจบ :
   6.1 ชื่อโรงพยาบาล : .....จังหวัด : .....
   6.2 ชื่อโรงพยาบาล : .....จังหวัด : .....
   6.3 ชื่อโรงพยาบาล : .....จังหวัด : .....
   6.4 ชื่อโรงพยาบาล : .....จังหวัด : .....
7. เหตุผลที่เลือกมาเรียนในสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา :

.....

.....

.....

.....

8. เป้าหมายหลังจากการเรียนจบในสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา :

.....

.....

.....

.....

9. มีทุนสนับสนุนจากต้นสังกัดในการเรียนหรือไม่ ( ) มี (ระบุ : .....) ( ) ไม่มี

10. ความสามารถพิเศษ และกิจกรรมนอกหลักสูตร (ที่คิดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการคัดเลือก)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. อาจารย์แพทย์ที่รับรองความประพฤติ (จำนวน 3 ท่าน)

11.1 ชื่อ-นามสกุล : .....ที่อยู่ : .....

.....

เบอร์โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้) : .....

11.2 ชื่อ-นามสกุล : .....ที่อยู่ : .....

.....

เบอร์โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้) : .....

11.3 ชื่อ-นามสกุล : .....ที่อยู่ : .....

.....

เบอร์โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้) : .....

ลงชื่อ : .....ผู้สมัคร

( )