



แบบฟอร์มการเสนอชื่อผู้สมควรได้รับการพิจารณาเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่น
รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๒
สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

๑. ประวัติส่วนตัว

ชื่อและนามสกุล..... อายุ.....ปี

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

.....

สาขาวิชาปฏิบัติงาน.....

ที่อยู่.....

.....

หมายเลขโทรศัพท์..... อีเมลล์.....

ประเภทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นที่เสนอให้พิจารณารับรางวัล

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่น ด้านวิชาการ
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นด้านบริการ
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นด้านนวัตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Young Family Doctor)

๒. ประวัติการศึกษา

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. จาก.....

.....

การศึกษา หลังปริญญา

.....

.....

ปีที่ได้รับ วว./อว. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.

๓. เกียรติประวัติและรางวัลที่เคยได้รับ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๔. ผลงานด้านวิชาการ

.....

.....

.....

๕. ผลงานด้านบริการ

๖. ผลงานด้านอื่นๆ ที่ต้องการนำเสนอ

กรุณาแนบเอกสารและหลักฐานที่ต้องส่งเพื่อประกอบการพิจารณา และรูปถ่ายหน้าตรงขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๑ รูป (รูปถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน) ของผู้ที่ถูกเสนอชื่อ

ลงนามผู้เสนอชื่อ.....

(ตัวบรรจง).....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์/มือถือ.....

กรุณาส่งกลับมาที่

ประธานคณะกรรมการคัดเลือกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่น
สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
เลขที่ ๒ ชั้น ๑๑ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ ๑๐๓๑๐
Email: tgpfpat.fmth@gmail.com