



แบบฟอร์มการเสนอชื่อผู้สมควรได้รับการพิจารณาเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่น  
รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ประจำปี พ.ศ. 2563  
สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย  
รายวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อและนามสกุล.....อายุ.....ปี

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

สาขาวิชาปฏิบัติงาน.....

ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์.....อีเมลล์.....

ประเภทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นที่เสนอให้พิจารณารับรางวัล

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นด้านวิชาการ
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นด้านบริการ
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นด้านนวัตกรรมการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Young Family Doctor)

2. ประวัติการศึกษา

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. .... จาก.....

การศึกษา หลังปริญญา .....

ปีที่ได้รับ วว./อว. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.....

3. เกียรติประวัติและรางวัลที่เคยได้รับ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ผลงานด้านวิชาการ

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. ผลงานด้านบริการ

.....  
.....  
.....  
.....

ผลงานด้านอื่นๆ ที่ต้องการนำเสนอ

.....  
.....  
.....  
.....

แนบเอกสารประกอบผลงานด้านต่างๆ เอกสารความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา และ/หรือผู้ร่วมงานต่อการปฏิบัติงานของผู้ที่ถูกลงชื่อ และหลักฐานที่ต้องส่งเพื่อประกอบการพิจารณา และรูปถ่ายหน้าตรงขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (รูปถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) ของผู้ที่ถูกลงชื่อ

ลงนามผู้เสนอชื่อ.....

(ตัวบรรจง).....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์/มือถือ.....

กรุณาส่งกลับมาที่

ประธานคณะกรรมการคัดเลือกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว  
สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย  
เลขที่ 2 ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย  
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310  
Email : [tgpfpat.fmth@gmail.com](mailto:tgpfpat.fmth@gmail.com)