



แบบเสนอขอรับประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประทับประคอง

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ นพ./ พญ. ....นามสกุล .....อายุ .....ปี

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... ออกให้เมื่อปี พ.ศ. ....

สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก .....

เมื่อปี พ.ศ. ....

ติดรูปถ่ายขนาด

1 นิ้ว

การศึกษาหลังปริญญา

๑. ชื่อหลักสูตร .....

สถาบัน ..... ปีที่สำเร็จการศึกษา .....

๒. ชื่อหลักสูตร .....

สถาบัน ..... ปีที่สำเร็จการศึกษา .....

๓. ชื่อหลักสูตร .....

สถาบัน ..... ปีที่สำเร็จการศึกษา .....

๔. ชื่อหลักสูตร .....

สถาบัน ..... ปีที่สำเร็จการศึกษา .....

ส่วนที่ ๒. ผ่านหลักสูตรการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองเต็มเวลาอย่างน้อย ๑ ปี (กรอกเฉพาะผู้มีคุณสมบัติตรงตามข้อ ๑.๒.๑ และ ๑.๒.๒ ของประกาศเรื่องวิธีการขึ้นเสนอขอรับประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประทับประคอง)

ชื่อหลักสูตร Palliative care : .....

สถาบันที่อบรม ..... ประเทศ .....

เป็นหลักสูตร  วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ  ประกาศนียบัตร  ปริญญา ระบุ .....

มีระยะเวลาการอบรมตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ฉบับปรับปรุงเมื่อ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๒

**ส่วนที่ ๓. ประสพการณ์ทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย**

๓.๑ สถานที่ทำงาน .....

ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....

ตำแหน่ง .....ปฏิบัติงานตั้งแต่ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... ปี.....

ถึงวันที่ ..... เดือน ..... ปี.....

**รายละเอียดของการทำงานเวชปฏิบัติด้านการดูแลแบบประคับประคอง**

(ไม่นับเวลาของการอยู่เวรนอกเวลาราชการและการเข้าร่วมประชุมวิชาการหรือการอบรมเชิงปฏิบัติการ)

อธิบายลักษณะการทำงานเวชปฏิบัติ	วันเดือนปี ที่เริ่ม	วันเดือนปี ที่สิ้นสุด	จำนวนชั่วโมง การทำงานต่อปี
๑.			
๒.			
๓.			
๔.			

จำนวนผู้ป่วยที่ได้ดูแลด้วยตนเองใน ๑ ปีที่ผ่านมา ..... ราย

(ในกรณีที่ต้องการใช้จำนวนผู้ป่วยเพื่อประกอบการพิจารณาแทนชั่วโมงการทำงานให้แนบรายละเอียดของผู้ป่วย เช่น หมายเลขเวช  
ระเบียน ชื่อสกุล การวินิจฉัย ลักษณะของการดูแล มาพร้อมแบบฟอร์มฉบับนี้ด้วย)

**การรับรองจากผู้บังคับบัญชา/หัวหน้าหน่วยงาน**

ข้าพเจ้า นพ./พญ. .... นามสกุล .....อายุ .....ปี

ตำแหน่ง ..... สถานที่ทำงาน .....

ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....

ในฐานะของผู้บังคับบัญชา/หัวหน้าหน่วยงานของ นพ./พญ. .... นามสกุล .....

ขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติงานของ นพ./พญ. .... นามสกุล ..... ดังมี

รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... ปี พ.ศ. ....

๓.๒ สถานที่ทำงาน .....

ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....

ตำแหน่ง .....ปฏิบัติงานตั้งแต่ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... ปี.....

ถึงวันที่ ..... เดือน ..... ปี.....

รายละเอียดของการทำเวชปฏิบัติด้านการดูแลแบบประคับประคอง

(ไม่นับเวลาของการอยู่เวรนอกเวลาราชการและการเข้าร่วมประชุมวิชาการหรือการอบรมเชิงปฏิบัติการ)

อธิบายลักษณะการทำเวชปฏิบัติ	วันเดือนปี ที่เริ่ม	วันเดือนปี ที่สิ้นสุด	จำนวนชั่วโมง การทำงานต่อปี
๑.			
๒.			
๓.			
๔.			

จำนวนผู้ป่วยที่ได้ดูแลด้วยตนเองใน ๑ ปีที่ผ่านมา ..... ราย

(ในกรณีที่ต้องการใช้จำนวนผู้ป่วยเพื่อประกอบการพิจารณาแทนชั่วโมงการทำงานให้แนบรายละเอียดของผู้ป่วย เช่น หมายเลขเวช  
ระเบียน ชื่อสกุล การวินิจฉัย ลักษณะของการดูแล มาพร้อมแบบฟอร์มฉบับนี้ด้วย)

การรับรองจากผู้บังคับบัญชา/หัวหน้าหน่วยงาน

ข้าพเจ้า นพ./พญ. .... นามสกุล .....อายุ .....ปี

ตำแหน่ง ..... สถานที่ทำงาน .....

ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....

ในฐานะของผู้บังคับบัญชา/หัวหน้าหน่วยงานของ นพ./พญ. .... นามสกุล .....

ขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติงานของ นพ./พญ. .... นามสกุล ..... ดังมี

รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... ปี พ.ศ. ....

ส่วนที่ ๔. ผลงานทางวิชาการด้านการดูแลแบบประคับประคอง

ประเภทผลงานวิชาการ

งานวิจัย       บทความทางวิชาการ       หนังสือหรือตำรา

รายละเอียดของผลงานวิชาการ

๔.๑ เรื่อง .....

รายละเอียดการเผยแพร่

.....  
.....

ผู้ยื่นเสนอฯ เป็นผู้ดำเนินการหลักและมีส่วนร่วมในผลงานวิชาการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐       ใช่       ไม่ใช่

๔.๒ เรื่อง .....

รายละเอียดการเผยแพร่

.....  
.....

ผู้ยื่นเสนอฯ เป็นผู้ดำเนินการหลักและมีส่วนร่วมในผลงานวิชาการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐       ใช่       ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเป็นเจ้าของผลงานวิชาการทั้งหมดข้างต้นและเป็นผู้ดำเนินการเอง ผลงานวิชาการที่ข้าพเจ้าได้ยื่นแก่คณะกรรมการพิจารณาและสอบฯ ใช้ประกอบการพิจารณาขอรับประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคองไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อรับปริญญา ประกาศนียบัตร หรือเพื่อสำเร็จการศึกษาอื่นใด หากตรวจสอบได้ภายหลังว่าข้าพเจ้าให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ หรือระบุงการมีส่วนร่วมของผลงานวิชาการไม่ตรงกับความเป็นจริง จะถือว่าการกระทำของข้าพเจ้านั้นเข้าข่ายผิดจรรยาบรรณไม่เหมาะสมต่อการได้รับการพิจารณาให้ประกาศนียบัตรฯ หรือหากมีหลักฐานปรากฏชัดในภายหลังถึงกรณีข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ราชวิทยาลัยฯ เพิกถอนประกาศนียบัตรฯ ของข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... ปี พ.ศ. ....