



ใบคำขอสมัครสอบเพื่อ

ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

เลขที่

(สำหรับกรอกโดยเจ้าหน้าที่เท่านั้น)

รูปถ่ายหน้าตรง

ขนาดกว้าง 2 นิ้ว

ชื่อ นพ./ พญ.

นามสกุล.....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ ให้เขียนเป็นตัวพิมพ์ใหญ่)

.....

อายุปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.

เลขที่บัตรประชาชน

ออกโดย เมื่อ

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... ออกให้เมื่อปี พ.ศ.

สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก

เมื่อปี พ.ศ.

การศึกษาหลังปริญญา

๑. ชื่อหลักสูตร

สถาบัน ปีที่สำเร็จการศึกษา

๒. ชื่อหลักสูตร

สถาบัน ปีที่สำเร็จการศึกษา

๓. ชื่อหลักสูตร

สถาบัน ปีที่สำเร็จการศึกษา

เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวกให้ติดต่อ Email:

สถานที่ปฏิบัติงานหลังจบการฝึกอบรม

โรงพยาบาล

ที่อยู่

โทรศัพท์ โทรสาร

ผ่านหลักสูตรอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคองจาก

ชื่อสถาบันการฝึกอบรม

ตั้งแต่วันที่ เดือน ปี..... ถึงวันที่ เดือน ปี.....

ข้าพเจ้าได้ยื่นหลักฐานสมัครสอบเพื่อประกาศนียบัตรฯ ดังนี้

- ☐ ใบคำขอสมัครสอบที่กรอกข้อมูลแล้ว จำนวน ๒ ฉบับ
- ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน ๒ ชุด (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ☐ สำเนาหนังสือวุฒิปัตริหรือหนังสืออนุมัติ จำนวน ๒ ชุด (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ☐ รูปถ่าย ขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป (ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน) ติดใบสมัครชุดละ ๑ รูป
- ☐ หลักฐานจากสถาบันฝึกอบรมที่แสดงว่าผ่านกระบวนการฝึกอบรมครบถ้วนตามหลักสูตรฯ หรือคาดว่าจะจบการฝึกอบรม/ปฏิบัติงานได้ตามเกณฑ์ ตลอดจนรายงานผลการประเมินความรู้ เจตคติ จริยธรรม และทักษะที่เหมาะสมของสถาบันฝึกอบรม พร้อมสำเนา ๒ ชุด
- ☐ รายงานผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบฉบับสมบูรณ์จำนวน ๒ ฉบับ ที่มีการลงชื่อจากอาจารย์ที่ปรึกษาและประธานการฝึกอบรมของสถาบัน (ส่งเป็น pdf file ที่ thaifmpalliative@gmail.com)
- ☐ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการสมัครสอบแก่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ จำนวน ๕,๗๕๐ บาท (ห้าพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและหลักฐานต่างๆ ข้างต้นถูกต้องสมบูรณ์

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ เดือน ปี พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก

ได้ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการสมัครสอบข้างต้นแล้ว

- ☐ ครบถ้วน
- ☐ ไม่ครบถ้วน ระบุ

ลงชื่อ

วันที่..... เดือน พ.ศ.