**ใบคำขอสมัครสอบเพื่อ**

**เพื่อ ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการดูแลผู้สูงอายุ**

 **ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยประจำปี ............**

เลขที่ ..............................................

( สำหรับกรอกโดยเจ้าหน้าที่เท่านั้น ) ชื่อ นพ./ พญ.....................................................................................................

 นามสกุล......................................................................................................................

รูปถ่ายหน้าตรง

ขนาดกว้าง 2 นิ้ว

 ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ ให้เขียนเป็นตัวพิมพ์ใหญ่)
 .....................................................................................................................................

 อายุ ..............ปี เกิดวันที่ ............. เดือน ................................... พ.ศ. .......................

 เลขที่บัตรประชาชน ....................................................................................................

 ออกโดย ................................................................ เมื่อ .............................................

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

สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก ..............................................................................เมื่อปี พ.ศ. .........................

**การศึกษาหลังปริญญา**

1. ชื่อหลักสูตร ...........................................................................................................................................

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

1. ชื่อหลักสูตร ...........................................................................................................................................

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

1. ชื่อหลักสูตร ...........................................................................................................................................

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

เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวกให้ติดต่อ ........................................ Email: ……………………………………………………………………….

**สถานที่ปฏิบัติงานหลังจบการฝึกอบรม**

โรงพยาบาล........................................................................................................................................................................

ที่อยู่ ..................................................................................................................................................................................โทรศัพท์ ......................................................................... โทรสาร ...................................................................................

ผ่านหลักสูตรอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการกูแลผู้สูงอายุจาก

ชื่อสถาบันการฝึกอบรม ......................................................................................................................................................................................

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

ข้าพเจ้าได้ยื่นหลักฐานสมัครสอบเพื่อประกาศนียบัตรฯ ดังนี้ (ทุกรายการให้ส่งเป็น file pdf และลงนามรับรองสำเนาถูกต้องก่อนแสกนส่ง)

  ใบคำขอสมัครสอบที่กรอกข้อมูลแล้ว พร้อมติดรูปถ่าย ขนาด ๒ นิ้ว (ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)

  สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

 สำเนาหนังสือวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ

 หลักฐานจากสถาบันฝึกอบรมที่แสดงว่าผ่านกระบวนการฝึกอบรมครบถ้วนตามหลักสูตรฯ หรือคาดว่าจะจบการฝึกอบรม/ปฏิบัติงานได้ตามเกณฑ์ ตลอดจนรายงานผลการประเมินความรู้ เจตคติ จริยธรรม และทักษะที่เหมาะสมของสถาบันฝึกอบรม จำนวน ๑ ชุด

 รายงานผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบฉบับสมบูรณ์ จำนวน ๒ ฉบับ ที่มีการลงชื่อจากอาจารย์ที่ปรึกษาและประธานการฝึกอบรมของสถาบัน

 หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการสมัครสอบแก่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ จำนวน ๗,๐๐๐ บาท (เจ็ดพันบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและหลักฐานต่างๆ ข้างต้นถูกต้องสมบูรณ์

ลงชื่อ ...........................................................................................

 (.....………………………………………………………..…………..………………)

 วันที่ .................. เดือน ............................... ปี พ.ศ. ....................

**สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก**

ได้ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการสมัครสอบข้างต้นแล้ว

🗆 ครบถ้วน

🗆 ไม่ครบถ้วน ระบุ ......................................................

ลงชื่อ .............................................................................

วันที่................................................................................