

ใบสมัคร Fellow of Royal College of Family Physicians of Thailand (FRCFPT)

สำนักงาน : ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 0-2716-6651-2 โทรสาร 0-2716-6653

วันที่.....

เรียน ประธานราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้าขอยื่นใบสมัครเข้าเป็น Fellow of Royal College of Family Physicians of Thailand (FRCFPT) ตามรายละเอียดข้างล่างนี้ และขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับของราชวิทยาลัยฯ ทุกประการ

ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว)(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

ตำแหน่งทางราชการ(ยศ).....สำหรับสมาชิกหญิงนามสกุลเดิม.....

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....

สำเร็จการศึกษาคณะ.....สถาบัน.....

ปีที่สำเร็จ..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

บ้านที่อยู่ปัจจุบัน..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ที่ทำงาน..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address.....

การติดต่อทางไปรษณีย์โปรดติดต่อที่ () บ้าน () ที่ทำงาน

ขอสมัครเป็น Fellow of Royal College of Family Physicians of Thailand (FRCFPT) ประเภท

() 1 มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย 10 ปี

() 2 เป็นอาจารย์แพทย์ผู้สอนเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย 5 ปี

() 3 ได้รับปริญญาโท (Master degree) หรือสูงกว่า หรือมี Fellowship Certificate ในสาขาที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ครอบครัว

() 4 เป็นกรรมการบริหารหรือเป็นอดีตกรรมการบริหารราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ที่มาจากการเลือกตั้ง

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการสมัคร ตามประกาศราชวิทยาลัยฯ เรื่อง Membership and Fellowship of Royal College of Family Physicians of Thailand

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

(ส่วนนี้สำหรับกรรมการฯ บันทึก)

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาแล้วให้รับเป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่.....

ลงลายมือชื่อเลขาธิการ.....ลงลายมือชื่อประธานราชวิทยาลัย.....