



ใบสมัครแพทย์ฝึกอบรมหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม
ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบระดับประคอง
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
ประจำปีการฝึกอบรม 2569 รอบที่ 2

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)
นามสกุล.....
เลขที่บัตรประชาชน.....
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

- โทรศัพท์มือถือ E-mail.....
2. เกิดวันที่เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี
3. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน ฝ่าย/กลุ่มงาน.....
โรงพยาบาล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....
4. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว (นอกเหนือจากสถานที่ปฏิบัติงาน)
บ้านเลขที่ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
5. สำเร็จหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตจาก.....เมื่อปี.....
6. สำเร็จการศึกษาหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด
- 6.1 สาขา.....สถาบันฝึกอบรม.....
เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
- 6.2 สาขา.....สถาบันฝึกอบรม.....
เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
- 6.3 สาขา.....สถาบันฝึกอบรม.....
เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
7. ต้นสังกัด ไม่มีต้นสังกัด/อิสระ
 ชื่อสถาบัน/โรงพยาบาลต้นสังกัด.....

8. สถาบันที่ต้องการเลือกสมัครฝึกอบรมเรียงตามลำดับ

ลำดับที่ 1 ชื่อสถาบัน

ลำดับที่ 2 ชื่อสถาบัน

ลำดับที่ 3 ชื่อสถาบัน

หลักฐานประกอบการสมัคร (ทุกรายการให้ส่งเป็น file pdf และให้ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องก่อน scan)

- สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาวุฒิบัตรฯ หรือหนังสืออนุมัติ ฯ จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (เฉพาะกรณีมีการเปลี่ยนชื่อ-สกุล) หากเปลี่ยนนามสกุล เนื่องจากการจดทะเบียนสมรส ให้แนบสำเนาทะเบียนสมรสด้วย จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหนังสือจากต้นสังกัดชี้แจงความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการฝึกอบรมต่อถึงแพทยสภา (เฉพาะกรณีที่ผู้สมัครจบสาขาหลักในปี ๒๕๖๘ และมีการเข้ารับการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรฯ ต่อ โดยยังไม่ได้กลับไปปฏิบัติงาน ๒ ปีขึ้นไป)
- หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

กรุณาชำระเงิน ผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ชื่อบัญชี “ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ อบรมและสอบ” เลขที่บัญชี 041-0-18424-1 เท่านั้น ไม่รับชำระเป็นเงินสด สามารถใช้หลักฐานการโอนผ่าน Application หรือ สลิป ATM หรือ สลิปเงินฝาก ได้

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....