



ใบสมัครแพทย์ฝึกอบรมหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม
ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบระดับประเทศ
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
ประจำปีการฝึกอบรม 2570 รอบที่ 1

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

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

โทรศัพท์มือถือE-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 “ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวฯ อบรมและสอบ” เลขที่บัญชี 041-0-18424-1 เท่านั้น ไม่รับชำระเป็นเงินสด สามารถใช้หลักฐานการโอนผ่าน Application หรือ สลิป ATM หรือ สลิปเงินฝาก ได้

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....