



ใบสมัครแพทย์ฝึกอบรมหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม
ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการดูแลผู้สูงอายุ ประจำปีการฝึกอบรม 2570 รอบที่ 1
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

รูปถ่าย

1. คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....
First Name Last Name
เลขที่บัตรประชาชน.....เกิดวันที่ อายุ.....ปี
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... ออกให้เมื่อวันที่.....
2. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน ฝ่าย/กลุ่มงาน.....
โรงพยาบาล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
3. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ (นอกเหนือจากสถานที่ปฏิบัติงาน)
เลขที่ หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ E-mail.....
4. สำเร็จหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตจาก.....เมื่อปี.....
5. สำเร็จการศึกษาหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด
 - 5.1 สาขา.....สถาบันฝึกอบรม.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 - 5.2 สาขา.....สถาบันฝึกอบรม.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 - 5.3 สาขา.....สถาบันฝึกอบรม.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
6. ต้นสังกัด ☐ ไม่มีต้นสังกัด/อิสระ
☐ ชื่อสถาบัน/โรงพยาบาลต้นสังกัด.....

7. แหล่งฝึกอบรมที่ต้องการเลือกสมัครฝึกอบรม เลือกได้ 3 แห่ง ตามลำดับที่ต้องการฝึกอบรมจากมากไปน้อย

1. อันดับที่ 1 ชื่อสถาบัน.....
2. อันดับที่ 2 ชื่อสถาบัน.....
3. อันดับที่ 3 ชื่อสถาบัน.....

หลักฐานประกอบการสมัคร (ยื่นเอกสารต่างๆที่แหล่งฝึกอบรมที่ต้องการสมัคร)

- ☐ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน ๑ ฉบับ
- ☐ สำเนาวุฒิบัตรฯ หรือหนังสืออนุมัติ ฯ จำนวน ๑ ฉบับ
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- ☐ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ – สกุล (ถ้ามี)
- ☐ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)
- ☐ หนังสือจากต้นสังกัดลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรม (กรณีผู้สมัครที่มีต้นสังกัด)
- ☐ หนังสือจากต้นสังกัดถึงความจำเป็นต้องส่งเข้ารับการฝึกอบรมถึงแพทยสภา (เฉพาะกรณีที่ผู้สมัครสำเร็จการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางในปี ๒๕๖๘ และมีการเข้ารับการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรฯต่อ โดยยังไม่ได้กลับไปปฏิบัติงาน ๒ ปีขึ้นไป)

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....