



ใบสมัครแพทย์ฝึกอบรมหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม
ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด ประจำปีการฝึกอบรม 2570 รอบ 1
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

รูปถ่าย

1. คำนามหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....
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

.....เครือข่ายโรงพยาบาลปัตตานี - โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

.....เครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น - โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

.....เครือข่ายโรงพยาบาลราชวิถี - สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

.....เครือข่ายคณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่ - โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

หลักฐานประกอบการสมัคร (ยื่นเอกสารต่างๆที่แหล่งฝึกอบรมที่ต้องการสมัคร)

☐ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

☐ สำเนาโฉมบัตรฯ หรือหนังสืออนุมัติ ฯ

☐ สำเนาบัตรประชาชน

☐ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

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.....