

ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สำหรับผู้สมัครใน หลักสูตรการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านคลินิก

อนุสาขาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา สำหรับผู้ป่วยเด็ก

(Pediatric Otolaryngology)

ปีการฝึกอบรม 2562

ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดรับสมัครแพทย์เข้าอบรมหลักสูตร
สำหรับผู้สมัครใน หลักสูตรการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านคลินิก อนุสาขา โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยาสำหรับผู้ป่วยเด็ก
(Pediatric Otolaryngology) ปีการฝึกอบรม 2562 สมัครได้ตั้งแต่วันที่

1. หลักฐานประกอบการสมัครที่ต้องเตรียม

- รูปถ่ายประกอบการสมัคร
- สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- สำเนาประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ (ถ้ามี)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาหนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรม และรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก (ส่งตามที่หลังได้)
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน จากผู้บังคับบัญชาและ/หรือ ผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด จำนวน 3 คน
- บทความบรรยายเหตุผลที่เลือกสมัคร
- ผลสอบภาษาอังกฤษ เช่น TOEFL, IELTS, MU-TEST, CU-TEP (อย่างไรอย่างหนึ่ง)

2. หลักฐานประกอบการสมัครที่ต้องส่งฉบับจริงมาที่ภาควิชาโสตฯ

- หนังสือแนะนำตัว (recommendation letter) จำนวนอย่างน้อย 3 ฉบับ

3. จำนวนที่รับในปีการฝึกอบรม 2562 1 คน

4. กำหนดการสัมภาษณ์ จะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง

5. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

นายณัฐพล งามยิ่ง

งานการศึกษา ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 2 ถ.วังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย จ.กรุงเทพฯ 10700

โทร.0-2419-8045

E-mail: sienteducation@mahidol.ac.th



แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการรักษาคัดเลือกรับเป็นแพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทาง

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ประเภทการฝึกอบรม แพทย์ประจำบ้าน
 แพทย์ประจำบ้านต่อยอด ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

หลักสูตร ปีการศึกษา

ให้กรอกข้อความโดยการพิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย ✓

หรือระบุตัวเลขในช่อง ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง

รูปถ่าย

ก. ชื่อ-สกุลผู้สมัคร

วันเดือนปีเกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ค. ชื่อสาขาวิชา/ภาควิชา ที่ต้องการสมัครเข้าคัดเลือกเพื่อฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง (เลือก 1 แห่ง/เท่านั้น)

ง. คุณวุฒิทางการศึกษา ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต.....

.....ปี พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....เกรดเฉลี่ย.....

จ. ประสบการณ์การสมัคร/ การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง

• ท่านเคยถูกคัดเลือกสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการรักษาฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ ไม่เคย เคย
(โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่สมัคร).....

• ท่านเคยเข้ารับการรักษาฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ ไม่เคย เคย
(โปรดระบุสาขาและปี พ.ศ. ที่จบ หรือจะจบ)

ฉ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน ของปีที่สมัคร

• โครงการเพิ่มพูนทักษะ 1 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....
ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... ถึงเดือน.....พ.ศ.....

2 ปฏิบัติงานเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล.....

ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... ถึงเดือน.....พ.ศ.....

- ภาระการชดใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่ (การชดใช้ทุนให้ครบรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)
 - ไม่มี เพราะปฏิบัติงานครบถ้วนแล้ว 3 ปี
 - ไม่มี ได้ชดใช้เงินแล้ว เมื่อ
 - มีภาระการชดใช้ทุน ปฏิบัติมาแล้ว.....ปี
 - อื่นๆ (ระบุ)
- ปัญหาที่ผ่านมาในการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ
 - ไม่มี
 - มี (ระบุ)
- สถานที่ทำงานปัจจุบัน
- โทรศัพท์
- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร
(ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดอย่างน้อย 2 คน)

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่ - โทรศัพท์

ข. สิทธิในการสมัคร มีต้นสังกัด (ระบุชื่อต้นสังกัดและตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด)

.....

ไม่มีต้นสังกัด

ข. เอกสารหลักฐานที่ต้องส่งมาพร้อมแบบแสดงความจำนง (สำเนา – ต้องมีการลงนามกำกับรับรองด้วย)

1. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
3. สำเนาประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
5. สำเนาหนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรม และรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก (ถ้ามี)
6. หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน จากผู้บังคับบัญชาและ/หรือ ผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด จำนวน 2 ฉบับ

ลายเซ็นผู้สมัคร

วันที่ / /

หมายเหตุ: ใบสมัครนี้ใช้เป็นการภายใน สำหรับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เท่านั้น ผู้สมัครที่ต้องการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อของแพทยสภา ต้องปฏิบัติตามระเบียบของแพทยสภาที่กำหนดไว้ในแต่ละปีการศึกษาด้วย

สำหรับผู้สมัครเข้าฝึกอบรมในหลักสูตรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (แพทย์เฟลโลว์) ของคณะฯ เมื่อได้รับการคัดเลือก ให้ภาควิชา/หลักสูตร ส่งใบสมัครนี้มาที่งานการศึกษาระดับหลังปริญญา ตึกกอดุญเดชวิกรมชั้น 6 เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ฝึกอบรมและดำเนินการต่อไปตามระเบียบของคณะฯ