|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ขั้นตอนที่** | **วันที่สอบ** | **คะแนนที่ได้** | **คะแนนเฉลี่ย** | **ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

** ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน (แผน ก.) ประจำปีการฝึกอบรม 2566 (รอบ 2)  
 ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย**  
 **สาขา โสต ศอ นาสิกวิทยา**  
**ก. ข้อมูลส่วนบุคคล**  
ข้าพเจ้า ชื่อ ...................................นามสกุล .................................... เลขประจำตัวประชาชน ....................................  
เกิดวันที่ ...................................... เชื้อชาติ.............................. สัญชาติ ................................  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .................................... ออกให้เมื่อวันที่ ..................................................  
**ข. ต้นสังกัดที่ส่งเข้าฝึกอบรม**  
 อิสระ  
 กระทรวง ......................................... กรม/มหาวิทยาลัย/บริษัท .................................  
จังหวัด ............................................. โรงพยาบาล .................................................  
อื่น ๆ (โปรดระบุ) ..............................  
**ค. ที่อยู่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว**  
เลขที่ .............. หมู่ที่ ............ หมู่บ้าน/อาคาร ........................... ซอย .......... ถนนน .........................  
แขวง/ตำบล ............. เขต/อำเภอ ................... จังหวัด ..................... รหัสไปรษณีย์ ..........................  
โทรศัพท์ ........................... โทรศัพท์มือถือ .......................... E-mail ………....................………………………  
**ง. คุณวุฒิบัตรการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์และการฝึกอบรมในวิชาชีพเวชกรรม**  
**(1) ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จากสถาบัน** ................................................................ **ออกให้เมื่อวันที่** ................................................. **ระดับคะแนนเฉลี่ย (GPA)** ................................ **(2)** ผลคะแนนสอบประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศรว.)  
  
  
  
  
ผลการสอบขั้นตอนที่ 3 : ……………..............…… วันที่สอบ ขั้นตอนที่ 3 (OSCE) ผ่าน : ……..............……...…..  
**(3)** วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ สาขา ..........................................  
ออกให้เมื่อวันที่ ........................... โดยผ่านการฝึกอบรม/ปฏิบัติงานจากสถาบัน ................................................  
**จ.** **ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ภาระการชดใช้ทุน**(ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 กรกฎาคม 2566)  
 ยังไม่ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต (ข้ามไปไม่ต้องกรอกข้อมูลข้อมูล)  
**(1) การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ**  
 ผ่านการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะแล้ว อยู่ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ  
ที่โรงพยาบาล ............................................. จังหวัด ..............................................  
ตั้งแต่วันที่ ................................................... ถึงวันที่ ..............................................

ที่ติดรูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน** | **ตำแหน่ง** | **สาขาวิชา** | **ตั้งแต่** | **ถึง** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**(2) การปฏิบัติงานหลังผ่านการอบรมเพิ่มพูนทักษะ**  
**(3) ภาระการชดใช้ (นับรวมเวลาในปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ** มี ปฏิบัติงานมาแล้ว (ปี)...........ปี  
 ไม่มี ปฏิบัติงานชดใช้ทุนครบถ้วนแล้ว  
 ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว  
**(4) สถานที่ทำงานปัจจุบัน**  
สถานที่ทำงานปัจจุบัน ..........................................................  
สถานที่ตั้ง ................................................................................................................... จังหวัด ....................................  
**(5) ท่านเคยได้รับการสอบสวนทางวินัย หรือจริยธรรมหรือไม่**  
 ไม่เคย  
 เคยสาเหตุ .................................... เมื่อ พ.ศ. .........................................  
**ทั้งนี้ได้แนบเอกสารหลักฐานมาตามรายการและได้ดำเนินการตามขั้นตอนตามที่ระบุไว้ท้ายใบสมัครนี้แล้วอย่างครบถ้วนทุกประการ**

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ในใบสมัครนี้เป็นจริงทุกประการและเอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครถูกต้อง ตามกฎหมายทุกประการ** หากในภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งหรือตรวจสอบพบว่าข้อความที่ไม่เป็นจริงหรือหลักฐานประกอบการสมัคร เป็นเอกสารปลอมข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิ์การขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ประจำบ้าน แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกหรือเริ่มเข้ารับการฝึกอบรมแล้วก็ตามรวมทั้งทราบว่าอาจจะถูกดำเนินการตามกฎหมายด้วย

ลงชื่อผู้ยื่นใบสมัคร  
 (.......................................................)  
วันที่.......... เดือน............................ พ.ศ. 2566