



ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รับสมัครแพทย์ผู้สนใจสมัครสอบคัดเลือกเข้าอบรม

หลักสูตรการฝึกอบรบแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความ
ชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาโสต ศอ นาสิกวิทยาการนอนหลับ

(หลักสูตร 2 ปี)

ตั้งแต่บัดนี้ – 18 เมษายน 2565

ให้แพทย์ผู้สนใจศึกษารายละเอียดได้จากเอกสารหลักสูตรของแต่ละอนุสาขาที่ต้องการสมัคร
กรอกใบสมัคร “แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ฝึกอบรบเฉพาะทาง”

และส่งใบสมัคร พร้อมหลักฐาน

ตามที่แจ้งไว้ในแบบแสดงความจำนงเข้ารับการคัดเลือกฯ มายัง

งานการศึกษาภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา ตึกสยามินทร์ ชั้น 15

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

หรือส่งใบสมัครทางอีเมล sienteducation@gmail.com

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

งานการศึกษาภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา ตึกสยามินทร์ชั้น 15

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เบอร์โทรศัพท์ 02-419-8045



แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทาง

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ประเภทการฝึกอบรม แพทย์ประจำบ้าน
 แพทย์ประจำบ้านต่อยอด ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
หลักสูตร ปีการศึกษา



ให้กรอกข้อความโดยการพิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย ✓
หรือระบุตัวเลขในช่อง ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง

ก. ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (ภาษาไทย)
ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (ภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ใหญ่)
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

- ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ ไม่เคย เคย
(โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่สมัคร).....
- ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ ไม่เคย เคย
(โปรดระบุสถาบัน สาขา และปี พ.ศ. ที่จบ หรือจะจบ)
สถาบันสาขาปีพ.ศ.....

ฉ. ประสพการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ภาวะการชดใช้ทุน
 ขอให้ระบุข้อมูลการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาวะการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน ของปีที่สมัคร

- โครงการเพิ่มพูนทักษะ 1. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....
 ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....
- 2. ปฏิบัติงานเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล.....
 ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....
- ภาวะการชดใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่ (การชดใช้ทุนให้ครบรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)
 - ไม่มี เพราะปฏิบัติงานครบถ้วนแล้ว 3 ปี ไม่มี ได้ชดใช้เงินแล้ว เมื่อ
 - มีภาวะการชดใช้ทุน ปฏิบัติมาแล้ว.....ปี อื่นๆ (ระบุ)
- ปัญหาที่ผ่านมาในการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ
 - ไม่มี มี (ระบุ)
- สถานที่ทำงานปัจจุบัน
 โทรศัพท์
- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร
 (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดอย่างน้อย 2 คน)

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่ - โทรศัพท์

- ข. สิทธิในการสมัคร มีต้นสังกัด (ระบุชื่อต้นสังกัดและตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาด้านสังกัด)

 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 ผู้สมัครที่ต้องการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดของแพทยสภา ต้องปฏิบัติตามระเบียบของแพทยสภาที่กำหนดไว้ในแต่ละปีการศึกษาด้วย