



ใบสมัคร แพทย์ใช้ทุน ประจำปี 2559

โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

1. ชื่อ-สกุล _____

เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ อายุ _____ ปี

สถานภาพ () โสด () สมรส () อื่น ๆ _____

2. ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____

ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____ โทร _____

3. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้สะดวก โทร.(มือถือ) _____

บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____

ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____ โทร _____

4. สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ปี พ.ศ. _____ เกรดเฉลี่ยสะสม _____

จากสถาบัน _____

5. สมัครขอใช้ทุนในสาขา

อายุรกรรม เป็นลำดับที่ ศัลยกรรม เป็นลำดับที่

สูติ-นรีเวชกรรม เป็นลำดับที่ กุมารเวชกรรม เป็นลำดับที่

ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ เป็นลำดับที่

สาขาขาดแคลน ระบุ 1. _____

2. _____

6. รายละเอียดอื่นที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครรับการคัดเลือก

(ลงชื่อ) _____

(_____)

วันที่ _____

หมายเหตุ การคัดเลือกจะพิจารณาตามสาขาที่ระบุไว้ตามลำดับ