

ประกาศรับสมัครและคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ชื่อหลักสูตร : หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบ
วิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
Residency Training in Family Medicine

ชื่อวุฒิ : วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
Diploma of the Thai Board of Family Medicine
ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

1. ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต หรือเทียบเท่าที่แพทยสภารับรอง ได้รับการขึ้นทะเบียนประกอบ
วิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาแล้ว
2. มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์แพทยสภาในการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง

หลักฐานที่ใช้สมัคร

2. สามารถยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานการสมัคร ดังนี้
 - 2.1 แบบฟอร์มใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้ว 1 ฉบับ
 - 2.2 สำเนาใบรายงานผลการศึกษาดลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (TRANSCRIPT) 1 ฉบับ
 - 2.3 สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 1 ฉบับ
 - 2.4 หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว
(เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัด) 1 ฉบับ
 - 2.5 หนังสือรับรอง(RECOMMENDATION) จากผู้บังคับบัญชาในปัจจุบัน หรืออาจารย์แพทย์ที่รู้จัก
ผู้สมัครเป็นอย่างดี (เรียนถึง ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน) 2 ฉบับ
 - 2.6 รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว 1 รูป
 - 2.7 สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ
 - 2.8 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล/ใบทะเบียนสมรส (ถ้ามี) 1 ฉบับ
 - 2.9 ประวัติส่วนตัวโดยสังเขป กล่าวถึง ประวัติการศึกษา ประวัติสุขภาพ ความสามารถพิเศษ 1 ฉบับ
 - 2.10 เหตุผลที่เลือกสมัครรับการฝึกอบรมที่ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
 - 2.11 ใบรับรองแพทย์โรคทั่วไป ได้แก่
 - 1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
 - 2) วัณโรคในระยะอันตราย
 - 3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการ เป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
 - 4) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
 - 5) โรคพิษสุราเรื้อรัง
 - 6) ผลการเอ็กซเรย์ปอด

วัน เวลา สถานที่รับสมัคร

1. กรณีสมัครด้วยตนเอง รับและยื่นใบสมัครได้ด้วยตนเองตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ 11 เมษายน 2562 ในวันและเวลาทำการ 08.00 – 16.00 น. ณ งานทรัพยากรบุคคล อาคารเรียนและปฏิบัติการ ชั้น 6 ฝั่งปี ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน โทร 02-5022308 หรือ 02-5022345 ต่อ 3663

2. กรณีส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ พร้อมแนบหลักฐานการสมัคร และวงเล็บมุมของจดหมาย (สมัครแพทย์ประจำบ้าน) ส่งถึง งานทรัพยากรบุคคล ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน เลขที่ 222 หมู่ 1 ตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 (งานทรัพยากรบุคคลจะถือวันประทับรับของไปรษณีย์ในวันที่ 11 เมษายน 2562 เป็นวันสุดท้าย) สามารถ Download ใบสมัครได้ที่ <http://pcmc.swu.ac.th>

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

1. คณะกรรมการคัดเลือกฯ จะคัดเลือกผู้สมัครที่มีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัคร รวมทั้งทดสอบความรู้ความสามารถ ประเมินความเหมาะสมโดยการสัมภาษณ์ ดังนี้

1.1 มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และตั้งใจจริงในการเข้ารับฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขานี้ (หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านนี้ ไม่รวมอยู่ในการฝึกเพิ่มพูนทักษะ ดังนั้นผู้ที่ผ่านหลักสูตรจะไม่ได้ใบประกาศนียบัตรตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)

1.2 มีความต้องการที่จะเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยมีเป้าหมายในบริบทที่ปฏิบัติงานจริง

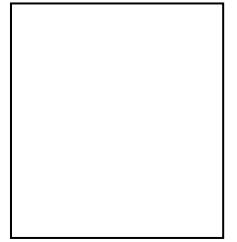
1.3 หากมีต้นสังกัด จะได้รับการพิจารณาก่อน

จำนวนแพทย์ประจำบ้านที่รับต่อปี

จำนวน 4 คน

วัน เวลาและสถานที่คัดเลือก

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก และแจ้งกำหนดการคัดเลือก ในวันที่ 30 เมษายน 2562 ที่ <http://pcmc.swu.ac.th>



ใบสมัคร แพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา.....

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

- ชื่อ-สกุล _____
เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ อายุ _____ ปี
สถานภาพ () โสด () สมรส () อื่น ๆ _____
- ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____
ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____
จังหวัด _____ โทร _____
- ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้สะดวก โทร.(มือถือ) _____
บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____
ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____
จังหวัด _____ โทร _____
- คุณวุฒิทางการศึกษา
ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี _____
ปี พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา _____ เกรดเฉลี่ย _____
- ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
- ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ เคย ไม่เคย
เหตุผล _____ ปี พ.ศ.ที่สมัคร _____
- ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ เคย ไม่เคย
สาขา _____ ปี พ.ศ.ที่สมัคร _____
- ประสบการณ์ปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาวะการขาดใช้ทุน
- โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ปฏิบัติงานที่ _____
ตั้งแต่เดือน _____ พ.ศ. _____ ถึง เดือน _____ พ.ศ. _____
- ภาวะการขาดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)
 มี ปฏิบัติมาแล้ว _____ ปี ไม่มี ปฏิบัติขาดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี ไม่มี ขาดใช้เงินแล้ว

7. สถานที่ทำงานปัจจุบัน

8. รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน

(1) ชื่อ-สกุล _____ ตำแหน่ง _____
 ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____

(2) ชื่อ-สกุล _____ ตำแหน่ง _____
 ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____

9. สิทธิในการสมัคร

ไม่มีต้นสังกัด

มีต้นสังกัด (ชื่อ ต้นสังกัด _____)

ตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครเป็นจริงทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย

(ลงชื่อ) _____

(_____)

วันที่ _____