

**ประกาศรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว  
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**

**ชื่อหลักสูตร**

ภาษาไทย: หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบ  
วิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว Residency Training in Family Medicine

**ชื่อวุฒิ**

ภาษาไทย: วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว  
(ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)) Diploma of the Thai Board of Family Medicine

**คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์สมัครคัดเลือก**

1. ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตหรือเทียบเท่าที่แพทยสภารับรอง หากเป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ที่กำลังจะจบแพทยศาสตรบัณฑิต ต้องสอบผ่านเกณฑ์การประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมครั้งที่ 1,2 (National license I, II) แล้ว
2. สามารถเข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตร 3 ปีเต็มที่สถาบัน

**การรับสมัครคัดเลือก**

1. รับสมัครตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึง 30 กันยายน 2561
2. สามารถยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานการสมัคร ดังนี้
  1. แบบฟอร์มใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้ว 1 ฉบับ
  2. สำเนาใบรายงานผลการศึกษาดำเนินหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (TRANSCRIPT) 1 ฉบับ
  3. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 1 ฉบับ (ถ้ามีแล้ว)
  4. หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัด) 1 ฉบับ
  5. หนังสือรับรอง(RECOMMENDATION) จากผู้บังคับบัญชาในปัจจุบัน หรืออาจารย์แพทย์ที่รู้จักผู้สมัครเป็นอย่างดี (เรียนถึง ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน) 2 ฉบับ
  6. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว 1 รูป
  7. สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ
  8. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล/ใบทะเบียนสมรส (ถ้ามี) 1 ฉบับ
  9. ประวัติส่วนตัวโดยสังเขป กล่าวถึง ประวัติการศึกษา ประวัติสุขภาพ ความสามารถพิเศษ 1 ฉบับ
  10. เหตุผลที่เลือกสมัครรับการฝึกอบรมที่ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
  11. ใบรับรองแพทย์โรคทั่วไป ได้แก่
    - 1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
    - 2) วัณโรคในระยะอันตราย

- 3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการ เป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
- 4) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- 5) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- 6) ผลการเอ็กซ์เรย์ปอด

### วิธีการคัดเลือกและเกณฑ์การตัดสิน

1. ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน จะแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือก เพื่อทำหน้าที่พิจารณาคัดเลือกผู้สมัครที่มีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัคร รวมทั้งอาจพิจารณาทดสอบความรู้ความสามารถ และ/หรือ ประเมินความเหมาะสมของผู้สมัคร และประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกให้ผู้สมัครทราบ ซึ่งผู้สมัครแพทย์ประจำบ้านจะได้รับการสัมภาษณ์จากคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์ เพื่อสอบถามพูดคุยกับผู้สมัครและคัดเลือกด้วยคุณสมบัติสำคัญดังนี้

1.1 มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และตั้งใจจริงในการเข้ารับฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขานี้ (หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านนี้ ไม่รวมอยู่ในการฝึกเพิ่มพูนทักษะ ดังนั้นผู้ที่ผ่านหลักสูตรจะไม่ได้ใบประกาศนียบัตรตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)

1.2 มีความต้องการที่จะเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยมีเป้าหมายในบริบทที่ปฏิบัติงานจริง

1.3 หากมีต้นสังกัด จะได้รับการพิจารณาก่อน

### จำนวนแพทย์ประจำบ้านที่รับต่อปี

จำนวน 4 คน

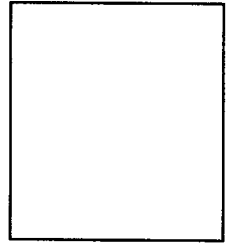
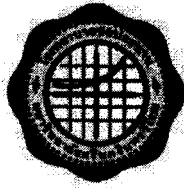
### กำหนดการสอบคัดเลือก

บัดนี้ - 30 กันยายน: แสดงความจำนงสมัครคัดเลือก ที่ผู้ประสานงานหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ที่คุณศิวาภรณ์ ไกรจันทร์ เบอร์โทร 02-502-2345 ต่อ 1783 และส่งหลักฐานประกอบการสมัครที่ งานทรัพยากรบุคคล อาคารเรียนและปฏิบัติการชั้น 6 ฝั่ง B ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน หรือทางไปรษณีย์ ที่อยู่ งานทรัพยากรบุคคล ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ถนนติวานนท์ ตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 โทร. 02-502-2308 พร้อมเบอร์ติดต่อกลับ แล้วรอแจ้งวันสอบคัดเลือก(สัมภาษณ์)

เดือนตุลาคม: ผู้ประสานงานแจ้งวันสอบสัมภาษณ์ ก่อนการเปิดรับสมัครรอบที่ 1 ของแพทยสภา

เดือนพฤศจิกายน: ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก **อย่างไม่เป็นทางการ** (ผู้สมัครทุกคนต้องสมัครในระบบของแพทยสภาแม้ว่าจะได้รับการสัมภาษณ์แล้ว หากไม่มีชื่อจะไม่ได้เข้าฝึกอบรม)

เดือนธันวาคม: ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ใบสมัคร แพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2561

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน 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. คุณวุฒิทางการศึกษา  
ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตร \_\_\_\_\_  
ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา \_\_\_\_\_ เกรดเฉลี่ย \_\_\_\_\_

5. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน  
- ท่านเคยถูกคัดเลือกในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่  เคย  ไม่เคย  
เหตุผล \_\_\_\_\_ ปี พ.ศ. ที่สมัคร \_\_\_\_\_  
- ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่  เคย  ไม่เคย  
สาขา \_\_\_\_\_ ปี พ.ศ. ที่สมัคร \_\_\_\_\_

6. ประสบการณ์ปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน  
- โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ปฏิบัติงานที่ \_\_\_\_\_  
ตั้งแต่เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ถึง เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_  
- ภาระการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)  
 มี ปฏิบัติมาแล้ว \_\_\_\_\_ ปี  ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี  ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

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 \_\_\_\_\_