



ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รับสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเข้าฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ฝ่ายการแพทย์ **เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ 9 มีนาคม 2561** จำนวน 4 อัตรา

ผู้สนใจติดต่อขอทราบรายละเอียดและยื่นใบสมัครได้ที่ งานทรัพยากรบุคคล อาคารเรียนและปฏิบัติการชั้น 6 ฟัง B ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน หรือทางไปรษณีย์ ที่อยู่ งานทรัพยากรบุคคล ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ถนนติวานนท์ ตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 โทร. 02-502-2308

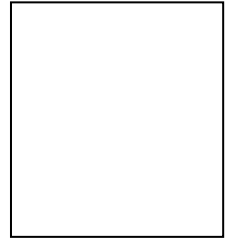
คุณสมบัติผู้สมัคร

1. เป็นนิสิตแพทย์/นักศึกษาแพทย์ที่กำลังจะจบแพทยศาสตร์ หรือจบแพทยศาสตร์แล้วกำลังอยู่ในช่วงชดใช้ทุน (หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านนี้ **ไม่รวม**อยู่ในการฝึกเพิ่มพูนทักษะ ดังนั้นผู้ที่ผ่านหลักสูตรจะไม่ได้ใบประกาศนียบัตรตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)

2. สามารถเข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตร 3 ปีเต็มที่สถาบันหลัก

หลักฐานและเอกสารการสมัคร

1. แบบฟอร์มใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้ว 1 ฉบับ
2. สำเนาใบรายงานผลการศึกษาลงหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (TRANSCRIPT) 1 ฉบับ
3. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 1 ฉบับ
4. หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัด) 1 ฉบับ
5. หนังสือรับรอง(RECOMMENDATION)จากผู้บังคับบัญชาในปัจจุบัน หรืออาจารย์ (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 ความสามารถเฉพาะ เหตุผลที่เลือกศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน โครงการศึกษาต่อ ฯลฯ 1 ฉบับ
10. ใบรับรองแพทย์โรคทั่วไป ได้แก่
 - 1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
 - 2) วัณโรคในระยะอันตราย
 - 3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการ เป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
 - 4) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
 - 5) โรคพิษสุราเรื้อรัง
 - 6) ผลการเอ็กซเรย์ปอด



ใบสมัคร แพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2561
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 / 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 _____