



ใบสมัคร แพทย์ใช้ทุน ประจำปี 2564 รอบที่ 1

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 _____
- สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ปี พ.ศ. _____ เกรดเฉลี่ยสะสม _____
จากสถาบัน _____
- สมัครขอใช้ทุนในสาขา (อย่างน้อย 1 ลำดับ)

อายุรกรรม	เป็นลำดับที่	<input type="checkbox"/>	ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	เป็นลำดับที่	<input type="checkbox"/>
กุมารเวชกรรม	เป็นลำดับที่	<input type="checkbox"/>	สูติ-นรีเวชกรรม	เป็นลำดับที่	<input type="checkbox"/>
ศัลยกรรม	เป็นลำดับที่	<input type="checkbox"/>	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	เป็นลำดับที่	<input type="checkbox"/>
จักษุวิทยา	เป็นลำดับที่	<input type="checkbox"/>			

6. รายละเอียดอื่นที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครรับการคัดเลือก

(ลงชื่อ) _____

(_____)

วันที่ _____

หมายเหตุ การคัดเลือกจะพิจารณาตามสาขาที่ระบุไว้ตามลำดับ