



ใบสมัคร แพทย์ใช้ทุน ประจำปี 2562

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. สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ปี พ.ศ. _____ เกรดเฉลี่ยสะสม _____

จากสถาบัน _____

5. สมัครขอใช้ทุนในสาขา

อายุรกรรม เป็นลำดับที่ ☐ ศัลยกรรม เป็นลำดับที่ ☐

สูติ-นรีเวชกรรม เป็นลำดับที่ ☐ กุมารเวชกรรม เป็นลำดับที่ ☐

ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ เป็นลำดับที่ ☐

สาขาขาดแคลน ระบุ 1. _____

2. _____

3. _____

6. รายละเอียดอื่นที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครรับการคัดเลือก

(ลงชื่อ) _____

(_____)

วันที่ _____

หมายเหตุ การคัดเลือกจะพิจารณาตามสาขาที่ระบุไว้ตามลำดับ