



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด ประจำปีการศึกษา 2565
หน่วยศัลยศาสตร์ทรวงอก ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สมัครแพทย์ประจำบ้าน
- สมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

รูปถ่ายขนาด

1-2 นิ้ว

1. ชื่อ - นามสกุล ผู้สมัคร (นพ./พญ.).....
 วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
 ศาสนา..... สถานภาพ สมรส โสด
2. ภูมิลำเนาบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....
 อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
3. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว
 บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....
 อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์มือถือ..... E-mail :
4. ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต.....
 ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา..... เกรดเฉลี่ย.....
5. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....
6. สถานที่ทำงานปัจจุบัน รพ..... อำเภอ..... จังหวัด.....
7. รางวัลด้านการศึกษาหรือด้านอื่น ๆ.....
8. ความสามารถพิเศษ.....
9. เล่นกีฬา.....
10. เคยร่วมในกิจกรรมนอกหลักสูตร ขณะเป็นนักศึกษา.....

11. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ภาวะการขาดเงินทุน
 โครงการเพิ่มพูนทักษะ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล..... จังหวัด.....
 ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ถึงเดือน..... พ.ศ.....
 การปฏิบัติงานหลังจากโครงการเพิ่มพูนทักษะ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....
 จังหวัด..... ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ถึงเดือน..... พ.ศ.....
12. รายชื่อผู้สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้สมัคร จำนวน 3 ท่าน
 - ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....
 ที่อยู่.....
 โทรศัพท์..... E-mail :
 - ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....E-mail :

○ ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....E-mail :

13. สิทธิในการสมัคร

○ มีต้นสังกัด ชื่อต้นสังกัด.....

○ ไม่มีต้นสังกัด

14. ท่านได้ยื่นใบสมัครแพทย์ประจำบ้านที่สถาบันอื่น คือ.....

15. รายละเอียดอื่น ๆ ที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรม

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

- ใบสมัครฉบับนี้ไม่ถือเป็นใบสมัครแพทย์ประจำบ้านของแพทยสภา
- สามารถดูเงื่อนไขการรับสมัครได้จากเว็บไซต์ประชาสัมพันธ์การรับสมัคร<http://cvtchula.chulalongkornhospital.go.th/>
- ส่งเอกสารมาที่ residentcucvt@gmail.com
- สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 02-256-4944