**ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน (เรียน)
สาขา .........................................................
ศูนย์แพทยศาสตรชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น
ประจำปีการศึกษา……………**

รูปถ่าย 2 นิ้ว

เขียนที่……………………….
วันที่…….เดือน……………………….พ.ศ……….

ชื่อ…………………………………นามสกุล……………………………………………อายุ……………………..
Name………………………………Surname………………………………………………………………………
เกิดวันที่………..เดือน………………………..พ.ศ………….สัญชาติ…………………..เชื้อชาติ………………...
ศาสนา………………….. **เพศ** :( ) ชาย ( ) หญิง **สถานภาพสมรส :** ( ) คู่ ( ) โสด ( ) ม่าย ( ) หย่า

**ภูมิลำเนา**
บ้านเลขที่…………หมู่ที่…………..ซอย……………………………………ถนน………………………………..
ตำบล………………………………..อำเภอ…………………………………จังหวัด……………………………..

**ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้ทันที)**
บ้านเลขที่…………หมู่ที่…………..ซอย……………………………………ถนน………………………………..
ตำบล………………………………..อำเภอ…………………………………จังหวัด……………………………..
โทรศัพท์(เบอร์บ้าน)……………………… โทรศัพท์ (มือถือ)………..................……….. **\*\*สามารถติดต่อได้\*\*\***

E-mail : …………………………………………………………….

**วุฒิและการปฏิบัติงาน**
สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อ………………………………….จากสถาบัน……………………………………..
วุฒิอย่างอื่น (ถ้ามี)……………………………………เป็นแพทย์ปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะที่………………………
ตั้งแต่วันที่……………………………ถึง………………………….ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่…………...
ออกให้ ณ วันที่…………………………………รางวัลการศึกษา และ/หรือการปฏิบัติงาน……………………….

**ประวัติการปฏิบัติงาน**
ปีที่ 1……………………………………….จังหวัด……………………………….ในฐานะ………………………….
ตั้งแต่วันที่……………………………………..ถึง…………………………………………
เคยรับราชกรในตำแหน่ง……………………………………………สังกัด……………………………………….
ปีที่ 2……………………………………….จังหวัด……………………………….ในฐานะ………………………….
ตั้งแต่วันที่……………………………………..ถึง…………………………………………
ปีที่ 3……………………………………….จังหวัด……………………………….ในฐานะ………………………….
ตั้งแต่วันที่……………………………………..ถึง…………………………………………

**ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง**……………………………………………สังกัด……………………………………….

อัตราเงินเดือนครั้งสุดท้าย……………………………..บาท ระดับ………………………..
ขณะที่สมัครกำลังปฏิบัติงานในตำแหน่ง…………………………………………..ที่…………………………….
ต้นสังกัดซึ่งส่งเข้าฝึกอบรม…………………………………………………………………………………………

**รายชื่อผู้สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงาน จำนวน 3 ท่าน**
1. ชื่อ……………………………………………………ตำแหน่ง………………………………………………
ที่อยู่…………………………………………………………………..โทรศัพท์…………………………………… 2.ชื่อ……………………………………………………ตำแหน่ง……………………………………
ที่อยู่…………………………………………………………………..โทรศัพท์……………………………..
3. ชื่อ……………………………………………………ตำแหน่ง………………………………………………
ที่อยู่…………………………………………………………………..โทรศัพท์……………………………..

**คุณสมบัติของผู้สมัคร**
( ) มีต้นสังกัดส่งเข้าฝึกอบรม
( ) เป็นผู้ที่ได้รับจัดสรรให้เข้าฝึกอบรมจากคณะกรรมการจัดสรรแพทย์ผู้รับทุน
( ) เป็นผู้ที่ไม่มีพันธะในการชดใช้ทุน
( ) เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานชดใช้ทุนครบถ้วนแล้ว
( ) ไม่มีต้นสังกัดส่งเข้าฝึกอบรม

**ความประสงค์ของผู้สมัคร**
ข้าพเจ้า ขอสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน ปีที่……….…….ตามลำดับความต้องการ คือ
1. สาขา………………………………………………………………………………………………
สถาบันที่ต้องการสมัคร……………………………………………………………………..
1.1 ………………………………………………………………………………………….
1.2 ………………………………………………………………………………………….
2. สาขา……………………………………………………………………………(เฉพาะรอบสอง)
สถาบันที่ต้องการสมัคร……………………………………………………………………..
2.1 ………………………………………………………………………………………….
2.2 ………………………………………………………………………………………….
**ได้แนบใบสำคัญต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณาด้วย คือ**
 1. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก และไม่ใส่แว่นตาสีดำ ขนาด 2 นิ้ว ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 แผ่น

1. สำเนาทะเบียนบ้าน และบัตรประชาชน จำนวน 2 ฉบับ
2. หนังสือรับรองการจบแพทยศาสตรบัณฑิต จำนวน 2 ฉบับ
3. ใบประเมินผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จำนวน 2 ฉบับ
4. ประกาศนียบัตรผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ หรือหนังสือรับรองการผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะจำนวน 2 ฉบับ
5. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 2 ฉบับ
6. ใบ Reccoment จำนวน 3 ท่าน
7. หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม) จำนวน 1 ฉบับ
8. หลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว – สกุล ฯลฯ จำนวน 2 ฉบับ

(ลงชื่อ)…………………………………………..
(………………………………………….)
วันที่…………เดือน………………..พ.ศ………