



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน (แผน ก.) ประจำปีการฝึกอบรม 2565 รอบที่ 2

ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
สาขา / อนุสาขา **อธ221 ออร์โธปิดิกส์**

ที่ติดรูปถ่าย
ขนาด 2 นิ้ว

ก. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า ชื่อ _____ นามสกุล _____ เลขประจำตัวประชาชน _____
เกิดวันที่ _____ เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____ ออกให้เมื่อวันที่ _____

ข. ต้นสังกัดที่ส่งเข้าฝึกอบรม

หน่วยงานรัฐ
กระทรวง _____ กรม / มหาวิทยาลัย / บริษัท _____
จังหวัด _____ โรงพยาบาล _____
อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

ค. ที่อยู่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ ซอย _____ ถนน _____
แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ E-mail _____

ง. คุณวุฒิการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์และการฝึกอบรมในวิชาชีพเวชกรรม

(๑) ๘ ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จากสถาบัน _____
ออกให้เมื่อวันที่ _____ ระดับคะแนนเฉลี่ย (GPA) _____

(๒) ผลคะแนนสอบประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศรว.)

ขั้นตอนที่	วันที่สอบ	คะแนนที่ได้	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ผลการสอบขั้นตอนที่ 3 : _____ วันที่สอบ ขั้นตอนที่ 3 (OSCE) ผ่าน : _____

(๓) วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ สาขา _____

ออกให้เมื่อวันที่ _____ โดยผ่านการฝึกอบรม/ปฏิบัติงานจากสถาบัน _____

จ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน

(ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 กรกฎาคม 2565)

ยังไม่ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต (ข้ามไปไม่ต้องกรอกข้อมูลข้อนี้)

(๑) การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

ผ่านการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะแล้ว

อยู่ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่โรงพยาบาล _____ จังหวัด _____
ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____

(๒) การปฏิบัติงานหลังผ่านการอบรมเพิ่มพูนทักษะ

จังหวัด	ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน	ตำแหน่ง	สาขาวิชา	ตั้งแต่	ถึง

(๓) ภาระการชดใช้ทุน (นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)

- มี ปฏิบัติงานมาแล้ว(ปี)
- ไม่มี ปฏิบัติงานชดใช้ทุนครบถ้วนแล้ว
- ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

(๔) สถานที่ทำงานปัจจุบัน

สถานที่ทำงานปัจจุบัน _____

สถานที่ตั้ง _____

(๕) ท่านเคยได้รับการสอบสวนทางวินัย หรือจริยธรรมหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย สาเหตุ _____ เมื่อ พ.ศ. _____

ทั้งนี้ได้แนบเอกสารหลักฐานมาตามรายการและได้ดำเนินการตามขั้นตอนตามที่ระบุไว้ท้ายใบสมัครนี้แล้วอย่างครบถ้วนทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ในใบสมัครนี้เป็นจริงทุกประการและเอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครถูกต้อง ตามกฎหมายทุกประการ หากในภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งหรือตรวจสอบพบว่าข้อความที่ไม่เป็นจริงหรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารปลอมข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิการขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ประจำบ้าน แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกหรือเริ่มเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าจะถูกดำเนินการตามกฎหมายด้วย

ลงชื่อผู้ยื่น ใบสมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2565

รายการเอกสารหลักฐานและการดำเนินการประกอบการสมัคร

ของ _____ ในอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____

เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นในการสมัคร: ผู้สมัครต้องยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐาน โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. กรอกข้อมูลในใบสมัครข้างต้นด้วยวิธีการอิเล็กทรอนิกส์ให้ครบถ้วน
2. แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครตามรายการต่อไปนี้

สำหรับ ผู้สมัคร	รายการ	เฉพาะเจ้าหน้าที่	
		มี	ไม่มี
<input type="checkbox"/>	สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (เฉพาะในกรณีที่เปลี่ยนชื่อ-สกุล)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ใบทะเบียนสมรส (เฉพาะในกรณีที่จดทะเบียนสมรสแล้ว)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	สำเนาปริญญาบัตร หรือหนังสือรับรองการได้รับปริญญาบัตร (เฉพาะกรณีสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตแล้ว)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	สำเนาระเบียนแสดงผลการผลการศึกษาลดหลดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (หากผู้สมัครกำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีสุดท้ายให้ส่งสำเนาใบแสดงผลการศึกษามาถึงปัจจุบัน พร้อมหนังสือรับรองว่าจะสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	สำเนาระกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ หรือหลักฐานแสดงว่ากำลังอยู่ระหว่างการศึกษาตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ (ยกเว้นกรณีได้รับการคัดเลือกในสาขาประเภท ๑.๑)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	เป็นผู้ได้รับการคัดเลือกให้รับต้นสังกัดเพื่อเข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดส่งให้แพทย์สภาโดยตรงแล้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	สำเนาวุฒิบัตร / หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม / หรือหนังสือรับรองว่ากำลังอยู่ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน / ปฏิบัติงานเฉพาะสาขาเพื่อวุฒิบัตร / หนังสืออนุมัติฯ ปีสุดท้าย (เฉพาะผู้ขอขึ้นทะเบียนประเภทที่ ๓ (อนุสาขา))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	หลักฐานการโอนเงิน 1,400 บาท (หนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน) ตามที่ราชวิทยาลัยกำหนด (ยกเว้นมาสมัครด้วยตนเอง จ่ายเป็นเงินสดได้) (**เลขที่บัญชีสำหรับการโอนเงิน ติดต่อที่ราชวิทยาลัยที่สมัคร)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การศึกษาฝึกอบรม ผลงานวิชาการ และกิจกรรมพิเศษ (curriculum vitae) ของผู้สมัคร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัครจำนวน _____ ฉบับ (ตามที่ราชวิทยาลัยกำหนด)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	หนังสือแถลงเจตจำนงส่วนบุคคล (personal statement of purpose) ของผู้สมัครในการเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในสาขา/อนุสาขา นั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	เอกสารหลักฐานอื่นที่ราชวิทยาลัยและสถาบันฝึกอบรมกำหนดเพิ่มเติม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ที่อยู่สำหรับจัดส่งเอกสาร ::

ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

ชั้น 4 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่

เขต/อำเภอ ห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทรศัพท์ 0-2716-5436-7 โทรสาร 0-2716-5440

รายละเอียดเพิ่มเติม www.rcost.or.th

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2565



ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

แบบเลือกสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

สาขา / อนุสาขา อศ221 ออร์โธปิดิกส์

ประจำปีการฝึกอบรม 2565

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ - นามสกุล ผู้สมัคร _____

เลขประจำตัวประชาชน _____ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____

สถาบันฝึกอบรมที่ต้องการสมัคร

ลำดับ	รหัสสถาบัน	ชื่อสถาบัน
1		
2		
3		
4		
5		

สถานที่ที่ติดต่อได้อย่างรวดเร็ว

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ ซอย _____ ถนน _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ E-mail _____

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2565