



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน (แผน ก.) ประจำปีการฝึกอบรม 2566 รอบที่ 2

ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
สาขา / อนุสาขา อ๑221 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) ๔ ปรัญญาแพทยศาสตรบัณฑิต 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 / การขาดใช้ทุน

(ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / การขาดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 กรกฎาคม 2566)

☐ ยังไม่ได้รับปรัญญาแพทยศาสตรบัณฑิต (ข้ามไปไม่ต้องกรอกข้อมูลข้อนี้)

(๑) การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

☐ ผ่านการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะแล้ว ☐

อยู่ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่โรงพยาบาล _____ จังหวัด _____
ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____

(๒) การปฏิบัติงานหลังผ่านการอบรมเพิ่มพูนทักษะ

จังหวัด	ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน	ตำแหน่ง	สาขาวิชา	ตั้งแต่	ถึง

(๓) การชำระหนี้สิน (นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)

- ☐ มี ปฏิบัติงานมาแล้ว(ปี)
☐ ไม่มี ปฏิบัติงานชำระหนี้สินครบถ้วนแล้ว
☐ ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

(๔) สถานที่ทำงานปัจจุบัน

สถานที่ทำงานปัจจุบัน _____
 สถานที่ตั้ง _____

(๕) ท่านเคยได้รับการสอบสวนทางวินัย หรือจริยธรรมหรือไม่

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

ทั้งนี้ได้แนบเอกสารหลักฐานมาตามรายการและได้ดำเนินการตามขั้นตอนตามที่ระบุไว้ท้ายใบสมัครนี้แล้วอย่างครบถ้วนทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ในใบสมัครนี้เป็นจริงทุกประการและเอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครถูกต้อง ตามกฎหมายทุกประการ หากในภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งหรือตรวจสอบพบว่าข้อความที่ไม่เป็นจริงหรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารปลอมข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิการขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ประจำบ้าน แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกหรือเริ่มเข้ารับการฝึกอบรมแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจจะถูกดำเนินการตามกฎหมายด้วย

ลงชื่อผู้ยื่นใบสมัคร

(.....)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2566

รายการเอกสารหลักฐานและการดำเนินการประกอบการสมัคร

ของ _____ ในอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____

เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นในการสมัคร: ผู้สมัครต้องยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐาน โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. กรอกรายชื่อในใบสมัครข้างต้นด้วยวิธีการอิเล็กทรอนิกส์ให้ครบถ้วน

2. แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครตามรายการต่อไปนี้

สำหรับ ผู้สมัคร	รายการ	เฉพาะเจ้าหน้าที่	
		มี	ไม่มี
☐	สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ	☐	☐
☐	สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (เฉพาะในกรณีที่เปลี่ยนชื่อ-สกุล)	☐	☐
☐	ใบทะเบียนสมรส (เฉพาะในกรณีที่จดทะเบียนสมรสแล้ว)	☐	☐
☐	สำเนาปริญญาบัตร หรือหนังสือรับรองการได้รับปริญญาบัตร (เฉพาะกรณีสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตแล้ว)	☐	☐
☐	สำเนารายงานแสดงผลการผลการศึกษาลดหลดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (หากผู้สมัครกำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีสุดท้ายให้ส่งสำเนาใบแสดงผลการศึกษามาถึงปัจจุบัน พร้อมหนังสือรับรองว่าสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์	☐	☐
☐	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม	☐	☐
☐	สำเนารายการบัญชี หรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มทุนทักษะ หรือหลักฐานแสดงว่ากำลังอยู่ระหว่างการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มทุนทักษะ (ยกเว้นกรณีได้รับการคัดเลือกในสาขาประเภท ๑.๑)	☐	☐
☐	หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม)	☐	☐
☐	เป็นผู้ได้รับการคัดเลือกให้รับต้นสังกัดเพื่อเข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดส่งให้แพทย์สภาโดยตรงแล้ว	☐	☐
☐	สำเนาฉบับบัตร / หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม / หรือหนังสือรับรองว่ากำลังอยู่ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน / ปฏิบัติงานเฉพาะสาขาเพื่อวุฒิบัตร / หนังสืออนุมัติฯ ปีสุดท้าย (เฉพาะผู้ขอขึ้นทะเบียนประเภทที่ ๓ (อนุสาขา))	☐	☐
☐	หลักฐานการโอนเงิน 1,400 บาท (หนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน) ตามที่ราชวิทยาลัยกำหนด (ยกเว้นมาสมัครด้วยตนเอง จ่ายเป็นเงินสดได้) (**เลขที่บัญชีสำหรับการโอนเงิน ติดต่อที่ราชวิทยาลัยที่สมัคร)	☐	☐
☐	หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การศึกษาฝึกอบรม ผลงานวิชาการ และกิจกรรมพิเศษ (curriculum vitae) ของผู้สมัคร	☐	☐
☐	หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัครจำนวน _____ ฉบับ (ตามที่ราชวิทยาลัยกำหนด)	☐	☐
☐	หนังสือแถลงเจตจำนงส่วนบุคคล (personal statement of purpose) ของผู้สมัครในการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในสาขา/อนุสาขา นั้น	☐	☐
☐	เอกสารหลักฐานอื่นที่ราชวิทยาลัยและสถาบันฝึกอบรมกำหนดเพิ่มเติม	☐	☐

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. 2566



ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

แบบเลือกสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

สาขา / อนุสาขา **อศ221 ออร์โธปิดิกส์**

ประจำปีการฝึกอบรม 2566

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. 2566