



ติดรูปถ่าย

ขนาด 2 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ปฏิบัติการกลุ่มงานสตินรีเวชกรรม
โรงพยาบาลตำรวจ ปีการศึกษา 2568

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ นาย/ นาง/ นางสาวนามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

ชื่อ - สกุลเดิม.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... ตรอก/ ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/ เขต จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้ทันทีและหากมีการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งที่อยู่ใหม่ให้กลุ่มงานสตินรีฯ ทราบโดยด่วน)

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ตามระดับด้านล่าง

เลขที่..... ตรอก/ ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/ เขต จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ..... E - mail

ชื่อบัญชี Social media

วุฒิการศึกษา จากสถาบัน ปี พ.ศ.

ความสามารถพิเศษ

ความรู้ด้านภาษาต่างประเทศ (โปรดระบุ) ดีมาก ดี พอใช้

คะแนนการสอบภาษาอังกฤษ (TOFEL, TOEIC, IELTS, CU-TEP, etc.) (ถ้ามี).....

ชื่อบิดานามสกุลอาชีพ..... มีชีวิต เสียชีวิต

ที่อยู่.....

ชื่อมารดานามสกุลอาชีพ..... มีชีวิต เสียชีวิต

ที่อยู่.....

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย

คู่สมรส ชื่อ.....นามสกุล.....อาชีพ.....
 การมีบุตร ไม่มีบุตร มีบุตรคน กำลังตั้งครรภ์เดือน

วุฒิการศึกษาและการปฏิบัติงาน

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อ พ.ศ. จากสถาบัน ระดับคะแนน.....

วุฒิอย่างอื่น (ถ้ามี)

เป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่..... ตั้งแต่ ถึง.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ ออกให้ ณ วันที่

รางวัลการศึกษาและ/ หรือการปฏิบัติงาน

กิจกรรมพิเศษภายในหรือนอกมหาวิทยาลัย.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบันของผู้สมัคร

ปฏิบัติงานที่

1. ที่.....จังหวัด

ในตำแหน่งตั้งแต่ถึง

2. ที่.....จังหวัด

ในตำแหน่งตั้งแต่ถึง

3. ที่.....จังหวัด

ในตำแหน่งตั้งแต่ถึง

ชื่อและตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาปัจจุบัน

รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงาน และสามารถให้หนังสือรับรอง(Letter of Recommendation)

จำนวน 3 ท่าน (ควรเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรง 1 ท่าน)

1. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงานเลขที่ถนนตำบล

อำเภอจังหวัดรหัสไปรษณีย์โทร.....

2. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงานเลขที่ถนนตำบล

อำเภอจังหวัดรหัสไปรษณีย์โทร.....

3. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน เลขที่ ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทร.....

ได้แนบหลักฐานมาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วย

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ/สกุล (ถ้ามี)
- ใบประเมินผลการศึกษาลอตหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต (transcript)
- หนังสือรับรอง (Letter of Recommendation) จากผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานท่านละ 1 ฉบับ รวม 3 ฉบับ
- สำเนาใบปริญญาบัตรแพทยศาสตร์บัณฑิต (พบ.)
- สำเนาใบอนุญาตประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
- สำเนาใบรับรองการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ หรือหนังสือยืนยันการฝึกปฏิบัติเพิ่มพูนทักษะจากโรงพยาบาล
- ภาพถ่ายของผู้สมัคร ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ติดใบสมัคร 1 รูป) ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน
- หลักฐานการชดใช้ทุนโดยการใช้เงิน (ถ้ามี)
- Portfolio ผลงาน หรือ เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อ (ผู้สมัคร)

(.....)

วันที่

ส่งเอกสารการสมัครด้วยตนเอง หรือส่งเอกสารการสมัครมาที่

คุณกรวรรณ สิงห์แก้ว

กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม อาคาร มกร.ชั้น 6 เลขที่ 492/1 ถ.พระราม 1 แขวง/เขต ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร 02-207-2000 ต่อ 10620, 10621

และ ส่งสำเนาเอกสารมาที่ Email : ob.gyn2557@gmail.com

กำหนดส่งเอกสารวันสุดท้าย วันที่ 25 เมษายน 2568