**ใบแสดงความจำนงขอเป็นแพทย์ประจำต่อยอด (Fellow)**

**สาขา กระจกตาและการแก้ไขสายตาผิดปกติ**

**กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี**

**ประจำปีการศึกษา 2566**

**รอบที่..........**

.......................................................................

เลขที่...................  **โปรดเขียนตัวบรรจง**

เขียนที่...........................................................................

วันที่..............................................................................

ชื่อ................................................ชื่อสกุล................................................อายุ.................ปี เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

ชื่อสกุลเดิม...................................เกิดวันที่..............เดือน...........................พ.ศ........................สัญชาติ.........................

เชื้อชาติ.....................ศาสนา.................สถานภาพสมรส ( ) คู่ ( ) โสด ( ) หม้าย ( ) หย่าร้าง

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้ทันทีและหากมีการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งที่อยู่ใหม่ให้แพทยสภาทราบโดยด่วน)

เลขที่......................หมู่บ้าน/อาคาร..........................................หมู่ที่.......ซอย..............................ถนน.............................ตำบล......................................อำเภอ....................................จังหวัด..........................................รหัสไปรษณีย์.................

โทรศัพท์มือถือ..............................................................และที่บ้าน...................................................................................E-mail……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………สถานที่ปฏิบัติงานของผู้สมัคร...........................................................................................................................................

ชื่อบิดา......................................................................................อาชีพ..............................................................................

ชื่อมารดา..................................................................................อาชีพ..............................................................................

ที่อยู่บิดา/มารดา...............................................................................................................................................................

ชื่อสามี/ภรรยา..........................................................................อาชีพ..............................................................................

ที่อยู่สามี/ภรรยา...............................................................................................................................................................

การมีบุตร ( ) ไม่มีบุตร ( ) มีบุตร....................คน ( ) กำลังตั้งครรภ์.......................................เดือน

วุฒิการศึกษาและการปฏิบัติงานของผู้สมัคร

สำเร็จแพทยศาสตร์บัณฑิต เมื่อ พ.ศ.......................จากสถาบัน...........................................................เกรดเฉลี่ย...........

เป็นผู้ประกอบวิชาเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.................................ออกให้ ณ วันที่..........................................................

วุฒิอย่างอื่น (ถ้ามี)............................................................................................................................................................

ปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ที่โรงพยาบาล....................................................................................................

ตั้งแต่................................................................................ถึง............................................................................................

รางวัลการศึกษาและ/การปฏิบัติงาน................................................................................................................................

กิจกรรมพิเศษภายในหรือภายนอกมหาวิทยาลัย..............................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

หลังจากจบแพทยศาสตร์ได้ปฏิบัติงาน

1. ที่.......................................................................................................จังหวัด.......................................................

ในตำแหน่ง..............................................สังกัด..............................................ตั้งแต่............................................

1. ที่.......................................................................................................จังหวัด.......................................................

ในตำแหน่ง..............................................สังกัด..............................................ตั้งแต่............................................

1. ที่.......................................................................................................จังหวัด.......................................................

ในตำแหน่ง..............................................สังกัด..............................................ตั้งแต่............................................

ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง...................................................................แผนก..............................................................

กอง.....................................................กรม................................................กระทรวง........................................................

ตั้งแต่......................................................................ถึง......................................................................................................

อัตราเงินเดือนครั้งสุดท้าย......................................บาท ระดับ.........................................................................................

ประเภทของการฝึกอบรม **( ) มีต้นสังกัด** **( ) ไม่มีต้นสังกัด**

ในกรณีที่มีต้นสังกัด ต้นสังกัดคือ.....................................................................................................................................

ชื่อและตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด (กรณีไม่มีต้นสังกัด ให้ระบุ ผู้บังคับบัญชาคนปัจจุบัน)

.........................................................................................................................................................................................

ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา...........................................ปีการศึกษา..........................................

ที่.......................................................................................................................................................................................

ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมหรือไม่ ปีการศึกษาใด

( ) เคย ปีการศึกษา........................................................... ( ) ไม่เคย

สำหรับผู้ที่ไม่มีต้นสังกัด เมื่อสำเร็จการฝึกอบรมแล้ว ข้าพเจ้าต้องการ (ตอบเพียงข้อเดียว)

( ) เป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์

( ) ศึกษาเพิ่มเติมในประเทศ สาขา.............................................

( ) ทำงานในโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

( ) ทำงานในโรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิกส่วนตัว

( ) ศึกษาต่อต่างประเทศ

( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ)....................................................................

รายชื่อผู้สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 3 ท่าน (ควรเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรง 1 ท่าน)

1. ชื่อ.............................................................................................ตำแหน่ง............................................................

ที่อยู่........................................................................................................โทรศัพท์..............................................

1. ชื่อ.............................................................................................ตำแหน่ง............................................................

ที่อยู่........................................................................................................โทรศัพท์..............................................

1. ชื่อ.............................................................................................ตำแหน่ง............................................................

ที่อยู่........................................................................................................โทรศัพท์..............................................

**คุณสมบัติของผู้สมัคร**

**( ) ผู้สมัครที่มีต้นสังกัด**

( ) เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานชดใช้ทุนครบถ้วนแล้ว, หรือเป็นผู้ที่จะหมดพันธะในการชดใช้ทุนโดยการ ปฏิบัติงานในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชัพเวชกรรม

จากแพทยสภาแล้ว ไม่น้อยกว่า 3 ปี ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565

( ) เป็นผู้ที่ไม่เคยมีพันธะในการชดใช้ทุน, หรือเป็นผู้ที่หมดพันธะในการชดใช้ทุนโดยการใช้เงิน

และได้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว 3 ปี ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565

( ) ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาแล้ว ไม่น้อยกว่า 2 ปี

ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565

( ) ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาแล้ว ไม่น้อยกว่า 2 ปี

ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 (สำหรับสาขาประเภทที่ 1)

**( ) สมัครอิสระ**

( ) ปฏิบัติงานชดใช้ทุนครบถ้วนแล้ว

( ) หมดพันธะการชดใช้ทุนโดยการใช้เงินและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

จากแพทยสภาแล้ว ไม่น้อยกว่า 3 ปี ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565

( ) เป็นผู้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

จากแพทยสภาแล้ว ไม่น้อยกว่า 3 ปี ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565

( ) เป็นผู้หมดพันธะการชดใช้ทุนโดยการใช้เงินหรือสำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ และได้รับ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาแล้ว ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565

(สำหรับสาขาประเภทที่ 1)

( ) ข้าพเจ้าขอสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาต่อยอด.............../ต่อในระดับปีที่ 1

ตามลำดับความต้องการ ดังนี้

1. สาขา............................................................................................................

ลงชื่อ......................................................ผู้สมัคร

( )

วันที่............../............................../....................

กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 2 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร 02-206-2900 ต่อ 30731

**เอกสารแนบ**

1. ใบประกาศนียบัตรแพทยศาสตร์บัณฑิต (เซ็นสำเนาถูกต้อง)
2. ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (เซ็นสำเนาถูกต้อง)
3. ใบประกาศนียบัตรจากการฝึกอบรม (ถ้ามี) หรือใบเพิ่มพูนทักษะ (เซ็นสำเนาถูกต้อง)
4. เอกสารยืนยันการปฏิบัติงานชดใช้ทุน
5. เอกสารยืนยันการหมดพันธะการชดใช้ทุนโดยการใช้เงิน (ถ้ามี)
6. เอกสารยืนยันการได้รับทุนจากต้นสังกัด (ในกรณีมีต้นสังกัด)
7. ใบ Transcript (เซ็นสำเนาถูกต้อง)
8. หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัคร จำนวน 2 ฉบับ โดยผู้แนะนำต้องมาจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ได้แก่ อาจารย์ประจำโรงเรียนแพทย์ที่ผู้สมัครสำเร็จการศึกษาแพทย์ประจำบ้านจักษุ, อาจารย์ประจำโรงพยาบาลที่ผู้สมัครผ่านการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ และผู้บังคับบัญชาโดยตรงที่อยู่ใกล้ชิดที่สุดในปัจจุบัน (เช่น หัวหน้าแผนก หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

ทั้งนี้ ผู้สมัครที่ได้รับทุนมาศึกษาต่อ ต้องมีหนังสือรับรอง แนะนำผู้สมัครมาจากผู้บังคับบัญชาโดยตรง 1 ฉบับ

1. สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน (เซ็นสำเนาถูกต้อง)
2. รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด 1 นิ้ว หรือ 1.5 X 2 จำนวน 2 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)

ส่งเอกสารได้ที่

สำนักงาน กลุ่มงานจักษุวิทยา ชั้น 7 ตึกสิรินธร โรงพยาบาลราชวิถี

เลขที่ 2 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กทม. 10400

**(วงเล็บหน้าซองว่าใบสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ปี 2566)**

**หมดเขต ส่งใบแสดงความจำนงขอเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอด กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี**