**ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาวิสัญญีวิทยา (แผน ก.)**

**ประจำปีการฝึกอบรม 2564 โรงพยาบาลขอนแก่น**

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล**

ข้าพเจ้า ชื่อ..................................... นามสกุล ............................ เลขประจำตัวประชาชน ............................

เกิดวันที่ .......................................... เชื้อชาติ .................. สัญชาติ ..................

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .................. ออกให้เมื่อวันที่ .............................................

1. **ต้นสังกัดที่ส่งเข้าฝึกอบรม**

**□ หน่วยงานรัฐ**

กระทรวง .................................. กรม / มหาวิทยาลัย / บริษัท ..............................................

จังหวัด ............................. โรงพยาบาล ..............................................

อื่นๆ (โปรดระบุ) .................................................................

1. **ที่อยู่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว**

เลขที่ .............. หมู่ที่ .................. หมู่บ้าน/อาคาร ............................. ซอย .................... ถนน ....................

แขวง/ตำบล ...................... เขต/อำเภอ ..................... จังหวัด ...................... รหัสไปรษณีย์ ........................

โทรศัพท์ ................................... โทรศัพท์มือถือ ...................................... E-mail …………………………………..

1. **คุณวุฒิการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์และการฝึกอบรมในวิชาชีพเวชกรรม**

(๑) □ 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/ปฎิบัติงานจากสถาบัน...............................

1. **ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ภาระการชดใช้ทุน**

(ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับในอนุญาตฯ / ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 กรกฎาคม 2564)

□ ยังไม่ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต (ข้ามไปไม่ต้องกรอกข้อมูลข้อนี้)

**(๑) การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ**

□ ผ่านการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะแล้ว □ อยู่ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

ที่โรงพยาบาล ...................................... 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**

หากในภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งหรือตรวจสอบพบว่าข้อความที่ไม่เป็นจริงหรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารปลอมข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิ์การขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ประจำบ้าน แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกหรือเริ่มเข้ารับการฝึกอบรมแล้วก็ตามรวมทั้งทราบว่าอาจจะถูกดำเนินการตามกฎหมายด้วย

ลงชื่อผู้ยื่นใบสมัคร

(...............................................................)

วันที่ ............. เดือน .................. พ.ศ. ...............