แบบฟอร์มการเสนอชื่อผู้สมควรได้รับการพิจารณาเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่น
รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์
ประจำปี พ.ศ. 2569
สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
รายวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ และ
นามสกุล.....
.....อายุ.....ปี
สถานที่ปฏิบัติ
งาน.....
.....
.....
.....
สาขาวิชาปฏิบัติ
งาน.....
.....
ที่
อยู่.....
.....
.....
.....
หมายเลขโทรศัพท์.....
อีเมล.....

ประเภทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นที่เสนอให้พิจารณารับรางวัล

- ○ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นด้านบริหาร

○ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นด้านวิชาการ

1. ด้านวิชาการ ในการพัฒนาทางวิชการ พัฒนาระบบงานและงานวิจัย

2. ด้านอาจารย์แพทย์ หมายถึง อาจารย์แพทย์ทั้งระดับก่อนและหลังปริญญา

○ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นด้านบริการ

○ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นด้านนวแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Young Family Doctor)

2. ประวัติการศึกษา

สำเร็จแพทย์ศาสตร์บัณฑิต พ.ศ. .....

จาก.....

.....

.....

.....

การศึกษา หลังปริญญา

.....

.....

.....

.....

ปีที่ได้รับ วว./อว. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.....

..

3. ประวัติการทำงาน พอสังเขป

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ผลงานเชิงประจักษ์ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานเวชศาสตร์ครอบครัวและงานปฐมภูมิ
(สามารถแนบเอกสารประกอบเพิ่มเติมได้**)**

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

5. ผลงานเชิงประจักษ์ด้านบริการที่เกี่ยวข้องกับงานเวชศาสตร์ครอบครัวและงานปฐมภูมิ
(สามารถแนบเอกสารประกอบเพิ่มเติมได้)

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

6. ผลงานด้านอื่นๆ ที่ต้องการนำเสนอ (สามารถแนบเอกสารประกอบเพิ่มเติมได้)

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

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

7. แนวคิดต่อการพัฒนางานบริการ/วิชาการเวชศาสตร์ครอบครัวและงานที่ท่านรับผิดชอบ

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

แนบเอกสารประกอบผลงานด้านต่างๆ เอกสารความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา และ/หรือผู้ร่วมงานต่อการปฏิบัติงานของผู้ที่ถูกเสนอชื่อ และหลักฐานที่ต้องส่งเพื่อประกอบการพิจารณา และรูปถ่ายหน้าตรง ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (รูปถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) ของผู้ที่ถูกเสนอชื่อ

ลงนามผู้เสนอ

ชื่อ.....

.

(ตัว

บรรจง).....

สถานที่

ติดต่อ.....

โทรศัพท์/มือ

ถือ.....

<u>กรุณาส่งกลับมาที่</u>

ประธานคณะอนุกรรมการคัดเลือกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่น
สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
เลขที่ 2 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 10 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
Email : tgpfpat.fmth@gmail.com