**แบบฟอร์มสมัครฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาประสาทศัลยศาสตร์ สถาบันประสาทวิทยา**

**(เข้ารับการฝึกอบรม ปีการฝึกอบรม 2570)**

312 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. 10400

## ประวัติส่วนตัว

**ชื่อ .....เลข ว..... อายุ .....**
**ปี ศาสนา ..... เชื้อชาติ .....**

**ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้**

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

**ภูมิลำเนา.....E-mail**
..... **พี่น้อง ..... คน เป็นบุตรคนที่ ..... อาชีพบิดา ..... อาชีพมารดา.....**

**สถานะ..... อายุ สามี/ภรรยา .....ปี อาชีพสามี/ภรรยา ..... มีบุตร ..... คน อายุบุตร คนที่ 1..... ปี คนที่ 2 ..... ปี**

## ประวัติการศึกษา

**1. มัธยมศึกษา .....เกรดเฉลี่ย.....**

**2. อุดมศึกษา .....เกรดเฉลี่ย.....**

## ประวัติการทำงาน

| ปี พ.ศ. | โรงพยาบาล | กลุ่มงาน | ตำแหน่ง |
|---|---|---|---|
| 1. ..... | ..... | ..... | ..... |
| 2. ..... | ..... | ..... | ..... |
| 3. ..... | ..... | ..... | ..... |
| 4. ..... | ..... | ..... | ..... |

ปัจจุบันเงินเดือน ..... บาท

ต้นสังกัดที่ได้รับทุนเพื่อฝึกอบรม..... (พร้อมแนบเอกสารรับรองต้นสังกัด )

**หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้**

1. ..... 2. .....

**งานอดิเรก**

1. ..... 2. .....

**กีฬาโปรดปราน**

1. ..... 2. .....

**ความสามารถพิเศษ**

1. ..... 2. .....

**เหตุผลที่เลือกสถาบันประสาทวิทยา**

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

**บุคคลที่อ้างอิงได้ (ชื่อ – นามสกุล ที่อยู่ จำนวน 3 ท่าน โดยเป็นบุคลากรทางการแพทย์ และ 1 ใน 3 เป็นผู้บังคับบัญชา)**

1.
.....
.....
.....
.....

2.

.....

.....

.....

.....

3.

.....

.....

.....

.....☐.....☐.

**<u>ผู้สมัครเคยมาฝึก elective ณ กลุ่มงานประสาทศัลยศาสตร์หรือไม่</u>** **เคย ไม่เคย**

**<u>หลักฐานที่นำมาประกอบการพิจารณาแล้ว คือ</u>**

- ☐ **สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (รับรองเอกสาร)**
- ☐ **สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (รับรองเอกสาร)**
- ☐ **สำเนาประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ 1 ปี**
- ☐ จดหมายแนะนำ (Recommendation) **ผู้บังคับบัญชา และ/หรือ บุคลากรทางการแพทย์** อย่างน้อย 2 ฉบับ
- ☐ **อื่น ๆ ระบุ** .....

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดข้างต้นเป็นจริงทุกประการ**

**ลงชื่อ**

.....

**(**

..... **)**

**วันที่** ..... **เดือน**

..... **พ.ศ.** .....

1.สแกนเอกสารการสมัครรวไฟร์ทั้งหมดเป็น PDF จำนวน 1 ไฟร์เท่านั้น ( <u>แบบฟอร์มเตรียมสมัครศึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และ หลักฐานที่นำมาประกอบการพิจารณา</u>)
(หากมีเอกสารเพิ่มเติมให้สำเนามายื่นกับกรรมการในวันสอบสัมภาษณ์ )

2.ส่งไฟร์เอกสารสมัครมายัง E-mail: HYPERLINK "mailto:neurosurgery@nit.go.th " neurosurgery@nit.go.th <u>ภายในวันที่ 4 มิถุนายน 2569</u> (หากส่งเอกสารแล้วรบกวนโทรแจ้งเจ้าหน้าที่ด้วยค่ะ)

3.สอบสัมภาษณ์ <u>ในวันที่ วันที่ 10 มิถุนายน 2569 เวลา 08.00 น.</u> ณ ห้องประชุมกลุ่มงานประสาทศัลยศาสตร์ ชั้น 3 ตึกรัชมงคล สถาบันประสาทวิทยา
*สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ กลุ่มงานประสาทศัลยศาสตร์ 02-3069818 หรือ 02-3069899 ต่อ 2399 ในเวลาราชการเท่านั้น