



แบบเสนอขอรับประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุ

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ นพ./ พญ.นามสกุลอายุปี

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... ออกให้เมื่อปี พ.ศ.

สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากเมื่อปี พ.ศ.

การศึกษาหลังปริญญา

- ชื่อหลักสูตร
สถาบัน ปีที่สำเร็จการศึกษา
- ชื่อหลักสูตร
สถาบัน ปีที่สำเร็จการศึกษา
- ชื่อหลักสูตร
สถาบัน ปีที่สำเร็จการศึกษา
- ชื่อหลักสูตร
สถาบัน ปีที่สำเร็จการศึกษา

**ส่วนที่ ๒. ผ่านหลักสูตรการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุเวลาอย่างน้อย ๑ ปี (กรอกเฉพาะผู้มีคุณสมบัติตรงตามข้อ ๑.๒.๑ และ ๑.๒.๒ ของประกาศเรื่อง
วิธีการยื่นเสนอขอรับประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุ)**

ชื่อหลักสูตร การดูแลผู้สูงอายุ :

สถาบันที่อบรม ประเทศ

เป็นหลักสูตร ☐ วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ ☐ ประกาศนียบัตร ☐ ปริญญา ระบุ

มีระยะเวลาการอบรมตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๓. ประสบการณ์ทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

๓.๑ สถานที่ทำงาน

ที่อยู่โทรศัพท์

ตำแหน่งปฏิบัติงานตั้งแต่ตั้งแต่วันที่ เดือน ปี.....

ถึงวันที่ เดือน ปี.....

รายละเอียดของการทำเวชปฏิบัติด้านการดูแลผู้สูงอายุ

(ไม่นับเวลาของการอยู่เวรนอกเวลาราชการและการเข้าร่วมประชุมวิชาการหรือการอบรมเชิงปฏิบัติการ)

อธิบายลักษณะการทำเวชปฏิบัติ	วันเดือนปีที่เริ่ม	วันเดือนปีที่สิ้นสุด	จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อปี
๑.			
๒.			
๓.			
๔.			

จำนวนผู้ป่วยที่ได้ดูแลด้วยตนเองใน ๑ ปีที่ผ่านมา ราย

(ในกรณีที่ต้องการใช้จำนวนผู้ป่วยเพื่อประกอบการพิจารณาแทนชั่วโมงการทำงานให้แนบรายละเอียดของผู้ป่วย เช่น หมายเลขเวชระเบียน ชื่อสกุล การวินิจฉัย ลักษณะของการดูแล มาพร้อมแบบฟอร์มฉบับนี้ด้วย)

การรับรองจากผู้บังคับบัญชา/หัวหน้าหน่วยงาน

ข้าพเจ้า นพ./พญ. นามสกุลอายุปี

ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน

ที่อยู่ โทรศัพท์

ในฐานะของผู้บังคับบัญชา/หัวหน้าหน่วยงานของ นพ./พญ. นามสกุล

ขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติงานของ นพ./พญ. นามสกุล ดังมี

รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ เดือน ปี พ.ศ.

๓.๒ สถานที่ทำงาน

ที่อยู่ โทรศัพท์

ตำแหน่งปฏิบัติงานตั้งแต่ตั้งแต่วันที่ เดือน ปี.....

ถึงวันที่ เดือน ปี.....

รายละเอียดของการทำเวชปฏิบัติด้านการดูแลผู้สูงอายุ

(ไม่นับเวลาของการอยู่เวรนอกเวลาราชการและการเข้าร่วมประชุมวิชาการหรือการอบรมเชิงปฏิบัติการ)

อธิบายลักษณะการทำเวชปฏิบัติ	วันเดือนปีที่ เริ่ม	วันเดือนปีที่ สิ้นสุด	จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อปี
๑.			
๒.			
๓.			
๔.			

จำนวนผู้ป่วยที่ได้ดูแลด้วยตนเองใน ๑ ปีที่ผ่านมา ราย

(ในกรณีที่ต้องการใช้จำนวนผู้ป่วยเพื่อประกอบการพิจารณาแทนชั่วโมงการทำงานให้แนบรายละเอียดของผู้ป่วย เช่น หมายเลขเวชระเบียน ชื่อสกุล การวินิจฉัย ลักษณะของการดูแล มาพร้อมแบบฟอร์มฉบับนี้ด้วย)

การรับรองจากผู้บังคับบัญชา/หัวหน้าหน่วยงาน

ข้าพเจ้า นพ./พญ. นามสกุลอายุปี

ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน

ที่อยู่ โทรศัพท์

ในฐานะของผู้บังคับบัญชา/หัวหน้าหน่วยงานของ นพ./พญ. นามสกุล

ขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติงานของ นพ./พญ. นามสกุล ดังมี

รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ เดือน ปี พ.ศ.

ส่วนที่ ๔. ผลงานทางวิชาการด้านการดูแลผู้สูงอายุ

ประเภทผลงานวิชาการ

☐ งานวิจัย ☐ บทความทางวิชาการ ☐ หนังสือหรือตำรา

รายละเอียดของผลงานวิชาการ

๔.๑ เรื่อง

รายละเอียดการเผยแพร่

ผู้ยื่นเสนอฯ เป็นผู้ดำเนินการหลักและมีส่วนร่วมในผลงานวิชาการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

๔.๒ เรื่อง

รายละเอียดการเผยแพร่

.....
ผู้ยื่นเสนอฯ เป็นผู้ดำเนินการหลักและมีส่วนร่วมในผลงานวิชาการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

○ ใช่ ○ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเป็นเจ้าของผลงานวิชาการทั้งหมดข้างต้นและเป็นผู้ดำเนินการเอง ผลงานวิชาการที่ข้าพเจ้าได้ยื่นแก่คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ใช้ประกอบการพิจารณาขอรับประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อรับปริญญา ประกาศนียบัตร หรือเพื่อสำเร็จการศึกษาอื่นใด หากตรวจสอบได้ภายหลังว่าข้าพเจ้าให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ หรือกระทำการมีส่วนร่วมของผลงานวิชาการไม่ตรงกับความเป็นจริง จะถือว่าการกระทำของข้าพเจ้านั้นเข้าข่ายผิดจริยธรรมไม่เหมาะสมต่อการได้รับการพิจารณาให้ประกาศนียบัตรฯ หรือหากมีหลักฐานปรากฏชัดในภายหลังถึงกรณีข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ราชวิทยาลัยฯ เพิกถอนประกาศนียบัตรฯ ของข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ เดือน ปี พ.ศ.