

คู่มืองานทรัพย์สินทางปัญญา
 2020
 รับเลขที่ 25 ส.ค. 2561
 วันที่ 10.22
 เวลา 4433 /2561



สภากาชาดไทย
 The Thai Red Cross Society

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 7960
 รับเลขที่ 24 ส.ค. 2561
 วันที่ 15.01
 เวลา

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
 สภากาชาดไทย
 290 ถนนเฉลิมจอมพล ตำบลศรีราชา
 อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110

14 สิงหาคม 2561

เรื่อง เปิดรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ประจำปีการฝึกอบรม 2562
 เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัด / ผู้อำนวยการศูนย์แพทย์ฯ
 สิ่งที่มาด้วย ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน

ด้วยโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย มีความประสงค์จะเปิดรับสมัครแพทย์
 ประจำบ้าน สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โดยเปิดรับสมัครแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ 2-ปี
 ขึ้นไป หรือแพทย์ที่สนใจเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาดังกล่าว ประจำปีการฝึกอบรม 2562 จำนวน 1
 อัตรา ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม - 30 กันยายน 2561 โดยแนบหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้

1. ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน พร้อมรูปถ่าย ขนาด 1" หรือ 2" จำนวน 2 รูป
2. ใบแสดงผลการเรียน (Transcript) จำนวน 1 ฉบับ
3. หนังสือแนะนำตัว จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 1 ฉบับ
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
6. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 เพื่อโปรดทราบ
 เห็นควร.....

ขอแสดงความนับถือ

Banyong

ศุภรัตน์ วงษ์ยศ

นักวิชาการสาธารณสุข

๒๗ ส.ค. ๖๑

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ชัยเวช นุชประยูร)

ผู้ช่วยเลขาธิการสภากาชาดไทย รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ปลัด

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

๒๒

นายสุชิน ศินทร

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพทันใจ รักษาการในตำแหน่ง

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

สนใจติดต่อเพิ่มเติม ศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก
 โทรศัพท์/โทรสาร 038 - 320200 ต่อ 3417
 ผู้ประสานงาน ชนิสรา สุขผดุง

๑.

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขาสุนัขศาสตร์ นรีเวชวิทยา
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

รูปถ่าย 2 นิ้ว

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- ชื่อ :นามสกุล :สถานภาพ () โสด () สมรส
Name :Surname :เพศ () ชาย () หญิง
เกิดวันที่ :เดือน :พ.ศ. :อายุ :ศาสนา :เชื้อชาติ :
สัญชาติ :เลขที่บัตรประชาชน :
- ภูมิลำเนา เลขที่ :หมู่ :ตรอก/ซอย :ถนน :ตำบล :
เขต/อำเภอ :จังหวัด :รหัสไปรษณีย์ :โทรศัพท์ :
- ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้สะดวกและรวดเร็ว) เลขที่ :หมู่ :ตรอก/ซอย :
ถนน :ตำบล :เขต/อำเภอ :จังหวัด :
รหัสไปรษณีย์ :โทรสาร :E-mail address :
โทรศัพท์ (บ้าน) :โทรศัพท์ (มือถือ) :
- ชื่อ-นามสกุล บิดา :อายุ :ปี อาชีพ :
สถานที่ทำงาน :โทรศัพท์ :
ชื่อ-นามสกุล มารดา :อายุ :ปี อาชีพ :
สถานที่ทำงาน :โทรศัพท์ :
- จบการศึกษาจาก (สถาบัน) :เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) :
จังหวัด :
- โรงพยาบาลที่ขอใช้ทุนหลังจากเรียนจบ :
6.1 ชื่อโรงพยาบาล :จังหวัด :
6.2 ชื่อโรงพยาบาล :จังหวัด :
6.3 ชื่อโรงพยาบาล :จังหวัด :
6.4 ชื่อโรงพยาบาล :จังหวัด :
- เหตุผลที่เลือกมาเรียนในสาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา :
.....
.....
.....
.....
- เป้าหมายหลังจากการเรียนจบในสาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา :
.....
.....
.....
.....

9. มีทุนสนับสนุนจากต้นสังกัดในการเรียนหรือไม่ () มี (ระบุ :.....) () ไม่มี

10. ความสามารถพิเศษ และกิจกรรมนอกหลักสูตร (ที่คิดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการคัดเลือก)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. อาจารย์แพทย์ที่รับรองความประพฤติ (จำนวน 3 ท่าน)

11.1 ชื่อ-นามสกุล : ที่อยู่ :

เบอร์โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้) :

11.2 ชื่อ-นามสกุล : ที่อยู่ :

เบอร์โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้) :

11.3 ชื่อ-นามสกุล : ที่อยู่ :

เบอร์โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้) :

ลงชื่อ : ผู้สมัคร
(.....)