



รูปถ่าย ๑ นิ้ว

ใบสมัครแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ของนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญา
ประจำปี ๒๕๖๕ รอบที่ ๑

๑. ชื่อ (นาย/ นาง / นางสาว).....นามสกุล.....รหัสนักศึกษา.....
อายุ.....ปี.....เดือน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
เป็นผู้จะสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย.....
สถานศึกษา.....นอกจากทำสัญญาเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์แล้ว
ข้าพเจ้ายังได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาจาก(ระบุแหล่งทุนโดยมีข้อผูกพัน.....
๒. สถานที่เกิด อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ที่อยู่/ สถานที่ติดต่อได้เมื่อมีเรื่องด่วน บ้านเลขที่.....ซอย / ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
๔. E-mail Address : ID line :
๕. บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....
ยังมีชีวิตอยู่/ ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย / ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล / แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
อาชีพของบิดา รับราชการ ธุรกิจเอกชน รัฐวิสาหกิจ อาชีพส่วนตัว / อิสระ
 เกษตรกร พ่อบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ.....
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
๔. มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....
ยังมีชีวิตอยู่/ ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย / ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....
อาชีพของมารดา รับราชการ ธุรกิจเอกชน รัฐวิสาหกิจ อาชีพส่วนตัว / อิสระ
 เกษตรกร พ่อบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ.....
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....

/๕. วุฒิการศึกษา...

๕. ปัจจุบันศึกษาอยู่ในระดับ..... เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX)

สถาบัน..... จังหวัด

๖. เมื่อผ่านการเพิ่มพูนทักษะแล้ว ในการเป็นแพทย์ใช้ทุนปีที่ ๒ และ ๓ สนใจและยินดีปฏิบัติงานเป็นแพทย์พี่เลี้ยง สาขาใด (เลือก ๒ อันดับจาก กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ออร์โธปิดิกส์ เวชศาสตร์ครอบครัว)

อันดับ ๑. อันดับ ๒.

๗. โครงการศึกษาต่อ (ไม่จำเป็นต้องเหมือนข้อ ๖)

() ฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง สาขาวิชา

() ไม่มีโครงการศึกษาต่อ

() อื่นๆ (ระบุ)

๘. ท่านมีแผนสมัครเป็นแพทย์พี่เลี้ยงหรือแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่อื่นหรือไม่

() ไม่มี

() มี คือ.....

๙. ความสามารถพิเศษ และกิจกรรมนอกหลักสูตร (ที่คิดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการคัดเลือก)

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

๑๐. การสอบเพื่อประเมินความรู้ ความสามารถ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ขั้นตอนที่ ๑ ผ่าน ไม่ผ่าน

ขั้นตอนที่ ๒ ผ่าน ไม่ผ่าน

ขั้นตอนที่ ๓ ผ่าน ไม่ผ่าน

๑๑. ข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาผู้สมัครเป็นแพทย์ใช้ทุน

๑๑.๑ หัตถการต่อไปนี้ ท่านมีประสบการณ์อย่างไร

หัวข้อ	รู้ หลักการ	เคยทำ แต่ยังไม่มั่นใจ	ทำเป็น และมั่นใจ
Advanced cardio-pulmonary resuscitation			
Amniotomy (artificial rupture of membranes at time of delivery)			
Anterior nasal packing			
Aspiration of skin, subcutaneous tissue			
Capillary puncture			
Endotracheal intubation (adult)			
Episiotomy			
External splinting			
FAST ultrasound in trauma			
First aid management of injured patient			

หมายเหตุ การปฏิบัติงาน มีดังนี้

- ปีที่๑ ตามหลักสูตรแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

- ปีที่ ๒-๓ ให้ปฏิบัติงานในสาขาวิชาหลัก (กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา ออร์โธปิดิกส์ อายุรศาสตร์ และ เวชศาสตร์ครอบครัว) ๙ เดือน และปฏิบัติงานแพทย์ทั่วไป ๓ เดือน ตามที่ระบุในใบสมัครเท่านั้น ไม่เกินสาขาละ ๓ คน ไม่อนุญาตให้แพทย์เปลี่ยนสาขาจากที่ระบุครั้งแรก ยกเว้นกรณีตำแหน่งว่าง จึงจะอนุญาตให้แพทย์ที่ต้องการจะย้ายสาขาการปฏิบัติงานได้ อย่างไรก็ตาม หากแพทย์ใช้ทุนประสงค์ศึกษาต่อในสาขาวิชาอื่นนอกจากสาขาหลัก อาจพิจารณาให้ปฏิบัติงานในสาขาวิชาที่สนใจได้ ๓ เดือน ในปีที่ ๒ และได้ ๖ เดือนในปีที่ ๓

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
...../...../.....