



รูปถ่าย ๑ นิ้ว

ใบสมัครแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ของนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญา
ประจำปี ๒๕๖๘ 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.....
๓. E-mail Address : ID line :
๔. บิดาชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....
ยังมีชีวิตอยู่/ ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
อยู่บ้านเลขที่..... ซอย / ถนน..... หมู่ที่.....
ตำบล / แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
อาชีพของบิดา รับราชการ ธุรกิจเอกชน รัฐวิสาหกิจ อาชีพ ส่วนตัว / อิสระ
 เกษตรกร พ่อบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ.....
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
๕. มารดาชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....
ยังมีชีวิตอยู่/ ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
อยู่บ้านเลขที่..... ซอย / ถนน..... หมู่ที่.....
ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....
อาชีพของมารดา รับราชการ ธุรกิจเอกชน รัฐวิสาหกิจ อาชีพ ส่วนตัว / อิสระ
 เกษตรกร พ่อบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ.....
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน.....
ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....

/๔. ปัจจุบัน...

๔. ปัจจุบันศึกษาอยู่ในระดับ..... เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX)
สถาบัน..... จังหวัด

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

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			

Incision and drainage			
Injection: intradermal, subcutaneous, intramuscular, intravenous			
Intravenous fluid infusion			
Intercostal drainage			
Local infiltration and digital nerve block			
Lumbar puncture (adult)			
Nasogastric intubation and related procedures (gastric gavage, lavage)			
Neonatal resuscitation			
Normal labor			
Pap smear			
Radial artery puncture for blood gas analysis			
Removal of nail or nail fold			
Skin traction of limbs			
Strengthening and stretching exercise			
Stump bandaging			
Suture			
Urethral catheterization			
Vaginal packing			
Venipuncture			
Wound dressing			
ICD10 Coding			
Problem oriented medical record			

๑๑.๒ การที่ท่านมาสมัครเป็นแพทย์ใช้ทุน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ท่านมีความคาดหวังอย่างไร

๑๐.๓ ท่านจะนำพระราชโองสมเด็จพระมหาตตลาธิเบศร อุดมเลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ประปิตาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย มาใช้ในชีวิตของการแพทย์อย่างไร

๑๐.๔ Hospital Accreditation (HA) คืออะไร หากท่านมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ท่านจะมีส่วนร่วมได้อย่างไรบ้าง

หมายเหตุ การปฏิบัติงาน มีดังนี้

- ปีที่๑ ตามหลักสูตรแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

- ปีที่ ๒-๓ ให้ปฏิบัติงานในสาขาวิชาหลัก (กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา อรือรோดิกส์ อายุรศาสตร์ และ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน) ๙ เดือน และปฏิบัติงานแพทย์ทั่วไป ๓ เดือน ตามที่ระบุในใบสมัครเท่านั้น ไม่อนุญาตให้แพทย์เปลี่ยนสาขาจากที่ระบุครึ่งแรก ยกเว้นกรณีจำแห่งว่าง จึงจะอนุญาตให้แพทย์ที่ต้องการจะย้ายสาขากับปฏิบัติงานได้ อย่างไรก็ตาม หากประสงค์ศึกษาต่อในสาขาวิชาอื่นนอกจากสาขาวิชาหลัก อาจจะพิจารณาให้ปฏิบัติงานในสาขาวิชาที่สนใจได้ ๓ เดือน ในปีที่ ๒ และได้ ๖ เดือนในปีที่ ๓

- จำนวนการปฏิบัติงานในสาขาหลักหรือสาขาที่สนใจในปีที่ ๒-๓ อาจเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมในการให้บริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

..... / /

