

(สำเนา)

ประกาศคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ ๐๐๕๒ / ๒๕๖๘
เรื่อง รับสมัครแพทย์ประจำบ้าน เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
ปีการศึกษา ๒๕๖๘ ครั้งที่ ๒ (๒ ตำแหน่ง)

ด้วยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์รับสมัคร ตำแหน่ง แพทย์ประจำบ้าน เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ปีการศึกษา ๒๕๖๘ ครั้งที่ ๒ นั้น เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามมาตรา ๒๑ (๗) และมาตรา ๓๕ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยบูรพา ประกอบกับคำสั่งสภามหาวิทยาลัย ที่ สภม ๐๐๐๑/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เรื่องแต่งตั้งคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จึงประกาศรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งและสังกัด

๑.๑ มีต้นสังกัด

- ๑) ต้องเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม และ
- ๒) ผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ หรือ
- ๓) อยู่ระหว่างการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ

๒. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะเข้ารับการศึกษาเลือก สามารถขอรับใบสมัครและยื่นใบสมัครโดยสแกน QR Code ตามที่ปรากฏตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๑๔ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๘ (ไม่เกินเวลา ๑๕.๓๐) หรือสอบถามรายละเอียดได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๓๐๗๘ ต่อ ๒๓๑๕ ในวันและเวลาทำการ



๓. เอกสารประกอบการรับสมัคร

- ๓.๑ ใบสมัคร
- ๓.๒ รูปถ่าย (ไม่เกิน ๖ เดือน) แนบติดใบสมัคร
- ๓.๓ สำเนาบัตรประชาชน
- ๓.๔ สำเนาเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- ๓.๕ ใบทะเบียนสมรส (ถ้ามี)

/๓.๖ สำเนาใบอนุญาต...

๓.๖ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๓.๗ สำเนาประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ

๓.๘ สำเนาหนังสือรับรองต้นสังกัด ลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุด อนุมัติให้เข้าฝึกอบรม และรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว

๓.๙ สำเนาใบ Recommendation จำนวน ๒ ฉบับพร้อมช่องทางติดต่อ (จาก ๒ ท่าน)

๓.๑๐ สำเนา Transcript

๓.๑๑ สำเนาใบปริญญาบัตร

๓.๑๒ สำเนาทะเบียนบ้าน

๔. การสัมภาษณ์

สัมภาษณ์วันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ ณ ห้อง ๕๑๕ อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

๕. เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน

คณะกรรมการจะคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านโดยพิจารณาจาก

๕.๑ คะแนนรวมสำเร็จการศึกษา (GPA)

๕.๒ ระยะเวลาใช้ทุน

๕.๓ คะแนนการสัมภาษณ์

๖. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

วันที่ ๑๐ เมษายน พ.ศ.๒๕๖๘ ที่ <https://med.buu.ac.th/med/th/index.php>
หรือ <https://med.buu.ac.th/family-med-buu/>

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๘

ลงชื่อ ทวีลาภ ตันสวัสดิ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีลาภ ตันสวัสดิ์)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวจุฑาทิพย์ เทพวงศ์)
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป



รูปถ่าย ๑ นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
ประจำปี ๒๕๖๘ รอบที่ ๒

๑. ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (ภาษาไทย).....
ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (ภาษาอังกฤษ).....
อายุ.....ปี.....เดือน เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
๒. ที่อยู่/ สถานที่ติดต่อได้เมื่อมีเรื่องด่วน บ้านเลขที่.....ซอย / ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
๓. E-mail Address : ID line :
๔. ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต.....
เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) ปี พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....
๕. สิทธิในการสมัคร มีต้นสังกัด (ระบุชื่อต้นสังกัด).....
 ไม่มีต้นสังกัด
๖. สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....
๗. ปัญหาที่ผ่านมาในการปฏิบัติงาน.....
๘. บุคคลที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของท่าน
(ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดอย่างน้อย ๒ คน)

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่-โทรศัพท์

๙. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง

- ท่านเคยถูกตัดสิทธิในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่
 ไม่เคย เคย (โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่สมัคร)
- ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่
 ไม่เคย เคย (โปรดระบุสถาบัน สาขา ปี พ.ศ.ที่จบ)

๑๐. ประสพการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/การระงับการชดใช้ทุน
ขอให้ระบุข้อมูลการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / การระงับการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน ของปีที่สมัคร

- โครงการเพิ่มพูนทักษะ
 - ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....
ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....
 - ปฏิบัติงานเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล.....
ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....
- การระงับการชดใช้ทุน
 - ไม่มี เพราะปฏิบัติงานครบ ๓ ปี
 - ไม่มี ได้ชดใช้เงินแล้ว เมื่อ.....
 - มีการระงับการชดใช้ทุน ปฏิบัติงานมาแล้ว.....ปี

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

หนังสือรับรอง
Letter of Recommendation

ผู้รับสมัคร

ชื่อ.....

ผู้ให้การรับรอง

ชื่อ..... อาชีพ..... ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์กับผู้ที่ท่านให้การรับรอง..... ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานด้วยกัน.....ปี

ท่านรู้จักผู้สมัครผู้นี้มาเป็นระยะเวลา..... ปี

	ดีมาก (20 คะแนน)	ดี (15คะแนน)	พอใช้ (10คะแนน)	ต่ำกว่าปกติ (5 คะแนน)	ต่ำกว่าเกณฑ์ (0 คะแนน)
1. ความรู้ทางการแพทย์					
2. ความรับผิดชอบ					
3. ความสามารถในการปฏิบัติงาน					
4. มนุษยสัมพันธ์ในการปฏิบัติงาน ร่วมกับผู้อื่น					
5. แรงจูงใจในการศึกษาแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัว					

ข้อคิดเห็นอื่นๆ

ลงชื่อผู้รับรอง.....
(.....)

หมายเหตุ

- ส่งมาที่ E-MAIL: med-ed@go.buu.ac.th โดยตั้งชื่อไฟล์เอกสารชื่อ_สกุลแพทย์ที่สมัคร.pdf หรือผู้รับรองนำเอกสารใส่ซองปิดผนึกก่อนส่งคืนให้ผู้สมัคร เพื่อส่งเอกสารโดยเป็นความลับ