งานแพทยศาสตรศึกษา มหาวิทยาลัยนเรศวร
เลขรับที่ 0421 เวลารับ ... น.
วันที่ ๒๒ มิ.ย. 2559

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เลขที่รับ 3146 เวลา 14.00 น.
วันที่ 6 มิ.ย. 2559

ที่ นมร. ๐๓๒๑/ ๓๙๕๘

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

๖๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับนักศึกษาแพทย์เป็นแพทย์ใช้ทุน สาขากุมารเวชศาสตร์

เรียน คณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ด้วยภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มีความประสงค์รับสมัครนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๖ ในปีการศึกษา ๒๕๕๙ เป็นแพทย์ใช้ทุน จำนวน ๕ อัตรา เพื่อพัฒนาเป็นอาจารย์แพทย์ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ในสาขาวิชาที่ขาดแคลนและทดแทนตำแหน่งอาจารย์แพทย์ที่เกษียณอายุราชการ

ผู้สนใจสามารถขอข้อมูลและสมัครโดยตรงได้ที่ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ชั้น ๙ อาคารมหาวชิราวุธ โทรศัพท์ ๐๒-๒๔๔-๓๑๕๖ ในเวลาราชการ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๖ ทราบ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายจิโรจน์ สูรพันธุ์)
รองคณบดีฝ่ายการศึกษา
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

**เรียน รองคณบดีฝ่ายวิชาการ**
○ เพื่อโปรดทราบ
⊘ เพื่อโปรดพิจารณา...ให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์

7 มิ.ย. 59

8 มิ.ย. 59

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
โทรศัพท์ ๐ ๒๒๔๔ ๓๑๕๖
โทรสาร ๐ ๒๖๖๘ ๗๐๖๕

# แพทย์ใช้ทุน ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ปีการศึกษา 2560
# คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

## แพทย์ใช้ทุน ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คืออะไร

- เป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ 1 ปี แล้วเรียนต่อสาขากุมารเวชศาสตร์ได้เลย โดยเป็นแพทย์ประจำบ้านศึกษาต่อในสาขากุมารเวชศาสตร์ ที่ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล 3 ปี โดยคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลเป็นต้นสังกัด
- เมื่อจบปี 3 สามารถสอบวุฒิบัตร สาขากุมารเวชศาสตร์ได้
- รับปีละ 5 ตำแหน่ง

## คุณสมบัติของผู้สมัคร

- นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ที่จะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2559
- ตั้งใจจะศึกษาต่อในสาขากุมารเวชศาสตร์
- มีผลการเรียนดี (GPA > 3.0)
- มีความประพฤติดี

## การรับสมัคร

- ส่งใบสมัคร ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน – 5 สิงหาคม 2559
- สถาบันจะแจ้งวันนัดสัมภาษณ์ภายหลัง
- สถาบันแจ้งผลการสัมภาษณ์ ภายใน 1 สัปดาห์

**เอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัคร**

( ) รูปถ่ายติดใบสมัคร 1 รูป

( ) ใบรายงานผลการศึกษาชั้นปีที่ 1-5 จำนวน 1 ชุด

( ) ใบรายงานผลการสอบเพื่อประเมินความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

( ) สำเนาบัตรประชาชนที่ลงนามรับรอง จำนวน 1 ชุด

( ) สำเนาทะเบียนบ้านที่ลงนามรับรอง จำนวน 1 ชุด

( ) ใบรับรองแพทย์ จำนวน 1 ชุด

( ) จดหมายแสดงความเห็นของอาจารย์แพทย์ 2 ท่าน (2 ฉบับ)

( ) เอกสารอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพิจารณา

ผู้สนใจสอบถามรายละเอียดและขอใบสมัครที่ คุณนุชนาถ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โทร. 0-2244-3156, Fax 0-2668-7065,

E mail: noochanat217@hotmail.com

ส่งเอกสารการสมัครที่ หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

681 ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300

# ใบสมัครแพทย์ใช้ทุนภาควิชากุมารเวชศาสตร์

**คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช**

**ประจำปี 2560**

รูปถ่าย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ชื่อผู้สมัคร..... นามสกุล..... เพศ ( ) หญิง ( ) ชาย
   เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สถานที่เกิด.....
   สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....สถานภาพ ( ) สมรส ( ) โสด
2. ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
   อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
3. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
   อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
   หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก .....
   E-mail address .....
4. บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
   ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
   อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
   อาชีพ.....ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
   มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
   ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
   อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
   อาชีพ.....ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
5. พี่น้อง.....คน (รวมผู้สมัครด้วย) ผู้สมัครเป็นคนที่.....
6. ประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญในอดีตที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติงาน.....
   โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและยาที่ใช้เป็นประจำ.....
   .....
   .....
7. ข้าพเจ้า ( ) เคยต้องโทษหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีทางอาญา
   ( ) ไม่เคยต้องโทษและไม่อยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีทางอาญา
8. ปัจจุบันข้าพเจ้าเป็นนิสิต/นักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ (Extern) สถาบัน.....คะแนนเฉลี่ยสะสม.....
   คาดว่าจะ ( ) สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตก่อนวันที่ 30 เมษายน 2559 ( ) สำเร็จช้ากว่าปกติ
9. ข้าพเจ้า ( ) เป็น ( ) ไม่เป็น นักศึกษาแพทย์ในโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท หรือโครงการผลิตแพทย์ด้วยวัตถุประสงค์พิเศษอื่น ที่มีภาระผูกพันต้องชดใช้ทุน ระบุ.....
10. การสอบเพื่อประเมินความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (National License)
    ( ) สอบผ่านขั้นตอนที่1 แล้วเมื่อวันที่..... ( ) ยังสอบไม่ผ่าน ( ) ยังไม่ได้สอบ
    ( ) สอบผ่านขั้นตอนที่2 แล้วเมื่อวันที่..... ( ) ยังสอบไม่ผ่าน ( ) ยังไม่ได้สอบ
    ( ) รอผลการสอบขั้นตอนที่ ( ) 1 ( ) 2

11. รางวัลการศึกษา / กิจกรรม / การปฏิบัติงาน.....

12. กิจกรรมนอกหลักสูตรที่ได้ร่วมระหว่างเป็นนิสิต/นักศึกษาแพทย์.....

.....

.....

13. ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นแพทย์ใช้ทุนสาขาวิชา .....สถาบัน.....

14. สาขาวิชาและสถาบันอื่นๆ ที่ได้สมัครหรือมีแผนจะสมัครเป็นแพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำบ้าน ในปี 2559 ได้แก่

14.1 สาขาวิชา.....สถาบัน.....

14.2 สาขาวิชา.....สถาบัน.....

14.3 สาขาวิชา.....สถาบัน.....

15. แผนการศึกษาต่อ ภายหลังจบการเพิ่มพูนทักษะแล้ว

( ) ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขา.....ที่สถาบัน.....

( ) ศึกษาต่อต่างประเทศ ( ) ไม่ศึกษาต่อ ( ) ไม่แน่ใจ

16. รายละเอียดอื่น ที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครรับคัดเลือก.....

.....

.....

.....

.....

17. รายชื่ออาจารย์แพทย์ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สมัคร จำนวน 2 ท่าน

17.1 ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์..... E-mail .....

17.2 ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์..... E-mail .....

18. สิ่งที่แนบมาพร้อมใบสมัครนี้

( ) รูปถ่ายติดใบสมัคร 1 รูป

( ) ใบรายงานผลการศึกษาชั้นปีที่ 1-5 จำนวน 1 ชุด

( ) ใบรายงานผลการสอบเพื่อประเมินความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ทั้งหมดที่มี)

( ) สำเนาบัตรประชาชนที่ลงนามรับรอง จำนวน 1 ชุด

( ) สำเนาทะเบียนบ้านที่ลงนามรับรอง จำนวน 1 ชุด

( ) ใบรับรองแพทย์ทั่วไป จำนวน 1 ชุด

( ) จดหมายแสดงความเห็นของอาจารย์แพทย์ 2 ท่าน (2 ฉบับ)

( ) เอกสารอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพิจารณา.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)