

ภาควิชาตสยตาสตร  
ตณ:แพทยตาสตร  
มหาวททยาลยขมรตวร

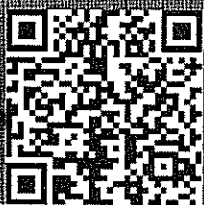
# รลบสมบตร

บยลตแพทยรลบปท 6 รพ.มหาวททยาลยขมรตวร

จำนวน 1 อวตรา

เพอชวคณบพทลชทกบบป 2561 และตทชวตอ  
บคลลคตตรแพทยประจําบ้น สขบตสยตาสตร  
บปคการตทชว 2562

ภาควทชวตสยตาสตร มหาวททยาลยขมรตวร  
ประจําบคการตทชว 2561



ตวณทลตบสมบตร

สงบสมบตรท หองภาควทชวตสยตาสตร

เบตรลบสมบตร ตงเตบตบป ทงวทนท 22 กนชยบ 2560

บตลบคชทวท วทนท 29 กนชยบ 2560 เวลา 11.00 บ.

ณ หองประตบพจตร ชน 3 อวตารลลรบธ

รทพชวบหลวททยาลยขมรตวร

ททคบบวสงสย ทรททตตอ ภาควทชวตสยตาสตร ตณ:แพทยตาสตร มหาวททยาลยขมรตวร

โทร. 0 5596 5018

ใบสมัครแพทย์ใช้ทุน  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

รูปถ่าย 1 นิ้ว

เขียน .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

1. ชื่อ - สกุล ..... เพศ ( ) หญิง ( ) ชาย  
เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... เชื้อชาติ .....  
ศาสนา..... สถานภาพ ( ) สมรส ( ) โสด  
เป็นผู้จะสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย .....
2. ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว) โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....  
โทรสาร ..... E-mail .....  
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
4. ปัจจุบันศึกษาอยู่ระดับ ..... คะแนนเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) เมื่อจบชั้นปีที่ 5 .....  
ณ สถาบัน .....
5. รางวัลการศึกษาและ/หรือการปฏิบัติงาน .....
6. ข้าพเจ้ามีงานอดิเรกได้แก่ .....
7. ข้าพเจ้าเล่นกีฬาต่อไปนี้ .....
8. ข้าพเจ้าเคยร่วมในกิจกรรมนอกหลักสูตร ขณะเป็นนักศึกษา .....
9. รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า จำนวน 2 ท่าน (อาจารย์, เพื่อน)  
9.1 ชื่อ - นามสกุล ..... ตำแหน่ง .....  
โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail .....  
ที่อยู่ .....
- 9.2 ชื่อ - นามสกุล ..... ตำแหน่ง .....  
โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail .....  
ที่อยู่ .....
10. ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นแพทย์ใช้ทุนสาขาวิชา .....

11. สาขาวิชาหรือสถาบันที่ได้ยื่นใบสมัครแพทย์ใช้ทุนเพิ่มเติม เรียงตามลำดับ

11.1 สาขาวิชา ..... สถาบัน .....

11.2 สาขาวิชา ..... สถาบัน .....

12. วุฒิการศึกษา (เดิม) ชื่อสถานศึกษา อำเภอ / เขตและจังหวัด ของนักศึกษา

เริ่มศึกษา

สำเร็จการศึกษา

พ.ศ.

พ.ศ.

ประถมศึกษาปีที่ 6 .....

มัธยมศึกษาปีที่ 3 .....

มัธยมศึกษาปีที่ 6 .....

13. การสอบเพื่อประเมินความรู้ ความสามารถ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ชั้นตอนที่ 1  ผ่าน  ไม่ผ่าน

ชั้นตอนที่ 2  ผ่าน  ไม่ผ่าน

ชั้นตอนที่ 3  ผ่าน  ไม่ผ่าน

14. โครงการศึกษาต่อ ( ) ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง สาขา ..... ณ สถาบัน .....

( ) ไม่ศึกษาต่อ

15. รายละเอียดอื่นๆ ที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครเข้ารับการศึกษาเป็นแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1

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

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

..... / ..... / .....

**หมายเหตุ** ใบสมัครฉบับนี้ไม่ถือเป็นแบบแสดงความจำนงขตใช้ทุนของสถาบันพระบรมราชชนก