

คำแนะนำในการแสดงความจำนงเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุนของ
นักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ รอบ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๑

๑. ศึกษารายละเอียดของหน่วยงานที่สนใจสมัคร เพื่อสิทธิประโยชน์ของนักศึกษา เกี่ยวกับ

- ตำแหน่ง
- ลักษณะงาน/หน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ
- ความก้าวหน้าในอาชีพ/สายงาน
- สิทธิประโยชน์ที่ควรจะได้รับ เช่น สวัสดิการ ฯลฯ
- สถานที่ตั้ง
- การเดินทาง/ที่พัก
- อื่นๆ

๒. การกรอกใบแสดงความจำนง ควรปฏิบัติ ดังนี้

- กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน โดยเฉพาะที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ / โทรศัพท์มือถือที่
สามารถติดต่อได้
- เขียนด้วยลายมือที่ชัดเจน (ตัวสะกด/การันต์, ตัวบรรจง)
- กรอกใบแสดงความจำนงเพียง ๑ ชุดเท่านั้น
- รอบ ๑ นักศึกษาเลือกหน่วยงานได้ ๑ แห่ง โดยทำเครื่องหมาย x ในช่อง ที่
กำหนดให้เพียงแห่งเดียว ถ้าทำหลายแห่งจะถือเป็นโมฆะ และให้แสดงความจำนงใหม่
รอบ ๒

นักศึกษาที่แสดงความจำนงเลือกกระทรวงสาธารณสุข จะได้รับการจัดสรรไป
กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้

๓. ส่งใบแสดงความจำนงคืนสถานศึกษา ภายในเวลาที่กำหนด

เมื่อนักศึกษากรอกข้อมูลใบแสดงความจำนงเรียบร้อยแล้ว ให้ส่งคืนสถานศึกษาภายในเวลาที่
กำหนด และเมื่อสถานศึกษาส่งใบแสดงความจำนงของนักศึกษาไปยังหน่วยงานที่สมัครแล้ว ห้าม
นักศึกษาขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบแสดงความจำนง อีก

๔. ติดตามการนัดหมายไปรับการคัดเลือกจากหน่วยงานที่สมัคร

😊 ด้วยความขอบคุณ 😊

ใบแสดงความจำนงเข้าปฏิบัติงานชดใช้ทุนของนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญา

ซึ่งสำเร็จการศึกษาประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑ (รอบที่ ๑)

๑. ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
รหัสนักศึกษา.....เลขบัตรประชาชน.....
อายุ.....ปี.....เดือน เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
เป็นผู้จะสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เดือน.....พ.ศ.....
จากมหาวิทยาลัย.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
หากยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คาดว่าจะได้รับเดือน.....
นอกจากทำสัญญาเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์แล้ว ข้าพเจ้ายังได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาจาก
(ระบุชื่อทุน).....
โดยมีข้อมูลดังนี้.....
 เป็นแพทย์โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (ODOD/CPRID)
โปรดระบุจังหวัดที่ชดใช้ทุน.....
๒. สถานที่เกิด อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ที่อยู่/สถานที่ติดต่อได้เมื่อมีเรื่องด่วน บ้านเลขที่.....ซอย/ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
๓. 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 แม่บ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ.....
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

๕. วุฒิการศึกษา (เดิม) ชื่อสถานศึกษาอำเภอ/เขต.....เริ่มศึกษา.....

สำเร็จการศึกษาของนักศึกษาและจังหวัด

พ.ศ.

พ.ศ.

ประถมศึกษาปีที่ ๖

มัธยมศึกษาปีที่ ๓

มัธยมศึกษาปีที่ ๖

๖. การสอบเพื่อประเมินความรู้ ความสามารถ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ขั้นตอนที่ ๑ ผ่าน ไม่ผ่าน

ขั้นตอนที่ ๒ ผ่าน ไม่ผ่าน

ขั้นตอนที่ ๓ ผ่าน ไม่ผ่าน

๗. ข้าพเจ้า.....ขอสมัครเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุนในหน่วยงานดังนี้

โปรดทำเครื่องหมาย x ในช่อง เพียงแห่งเดียว (รอบ ๑ เลือกหน่วยงานได้ ๑ แห่งเท่านั้น)

๑. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขา.....

๒. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สาขา.....

๓. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สาขา.....

๔. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สาขา.....

๕. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สาขา.....

๖. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขา.....

๗. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี สาขา.....

โรงพยาบาลชลประทาน จ.นนทบุรี สาขา.....

๘. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สาขา.....

๙. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สาขา.....

๑๐. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สาขา.....

๑๑. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

๑๒. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร สาขา.....

๑๓. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา สาขา.....

๑๔. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขา.....

๑๕. วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี สาขา.....

๑๖. สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สาขา.....

๑๗. คณะแพทยศาสตร์ ม.พะเยา สาขา.....
๑๘. สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สาขา.....
๑๙. สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง สาขา.....
๒๐. วิทยาลัยศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ สาขา.....
๒๑. กระทรวงกลาโหม
- กองบัญชาการกองทัพไทย
 - กองทัพบก
 - กองทัพเรือ
 - กองทัพอากาศ
๒๒. สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ สาขา
๒๓. โรงพยาบาลตำรวจ
๒๔. สภากาชาดไทย
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 - โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จ.ชลบุรี
 - สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ จ.นครราชสีมา
 - ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
 - ศูนย์วิจัยโรคเอดส์
๒๕. กระทรวงสาธารณสุข (ส่วนภูมิภาค)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

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



โปรดส่งใบแสดงความจำนงนี้ คืน คณะแพทยศาสตร์

ภายในวันที่ - 4 ต.ค. 2561

(สถานศึกษากำหนด)