สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาจากสถาบันภาครัฐ

รูปถ่าย 1 นิ้ว

**ใบสมัครแพทย์ใช้ทุน**

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร**

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

 หรือสำเร็จการศึกษาจาก ณ สถาบัน........................................................ คะแนนเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA)..................

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. ข้าพเจ้าขอสมัคร (เลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

 10.1 แพทย์ใช้ทุนสาขาวิชา ................................................................................................................................

 10.2 แพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อวุฒิบัตรฯ 🞎 สาขาวิชาอายุรศาสตร์

 🞎 สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์

 🞎 สาขาวิชาออร์โธปิดิกส์

 🞎 สาขาวิชาศัลยศาสตร์

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

 ขั้นตอนที่ 1 🞏 ผ่าน 🞏 ไม่ผ่าน 🞏 ยังไม่ได้สอบ

 ขั้นตอนที่ 2 🞏 ผ่าน 🞏 ไม่ผ่าน 🞏 ยังไม่ได้สอบ

 ขั้นตอนที่ 3 🞏 ผ่าน 🞏 ไม่ผ่าน 🞏 ยังไม่ได้สอบ

14. โครงการศึกษาต่อ 🞎 ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง สาขา .............................. ณ สถาบัน ...........................................

 🞎 ไม่ศึกษาต่อ

15. รายละเอียดอื่นๆ ที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1

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

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

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

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

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

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

(...........................................................)

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

**หมายเหตุ ใบสมัครฉบับนี้ไม่ถือเป็นแบบแสดงความจำนงชดใช้ทุนของกระทรวงสาธารณสุข**