

ใบสมัครแพทย์ใช้ทุน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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
เป็นผู้สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย
2. ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเร็ว) 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

10.1 แพทย์ใช้ทุนสาขาวิชา

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 ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ขั้นตอนที่ 1 ผ่าน ไม่ผ่าน ยังไม่ได้สอบ

ขั้นตอนที่ 2 ผ่าน ไม่ผ่าน ยังไม่ได้สอบ

ขั้นตอนที่ 3 ผ่าน ไม่ผ่าน ยังไม่ได้สอบ

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

14. โครงการศึกษาต่อ ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง สาขา ณ สถาบัน

ไม่ศึกษาต่อ

15. รายละเอียดอื่นๆ ที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครเข้ารับการศึกษาเลือกเป็นแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1

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

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

..... / /