

ใบสมัครแพทย์ใช้ทุน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปถ่าย 1 นิ้ว

เขียน

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. นาย/นาง/นางสาว 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 (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 นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....สกุล.....ตำแหน่ง.....
โทรศัพท์ โทรสาร E-mail
ที่อยู่
 - 9.2 นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....สกุล.....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 ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

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 ใบสมัครฉบับนี้ไม่ถือเป็นแบบแสดงความจำนงขอใช้ทุนของกระทรวงสาธารณสุข