รูปถ่าย 1 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ใช้ทุน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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
   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 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 พ.ศ.	สำเร็จการศึกษา 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

(.....)

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

<u>หมายเหตุ</u> ใบสมัครฉบับนี้ไม่ถือเป็นแบบแสดงความจำนงชดใช้ทุนของกระทรวงสาธารณสุข