



รูปถ่าย 1 นิ้ว

## แบบเสนอรายชื่อ “ศิษย์เก่าดีเด่นคณะแพทยศาสตร์” ประจำปี 2565

### อัตลักษณ์แพทย์พระนเรศวร 7 ดาว (The seven-star doctor)

1.Communicator 2.Humanistic doctor 3.Information technology integrator 4.Leader 5.Lifelong learner 6.Medical care provider 7.Decision maker

#### ประวัติส่วนบุคคล

ชื่อ(กรุณาใส่คำนำหน้าชื่อ).....นามสกุล.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

E-mail : .....

#### ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี รหัสประจำตัวนิสิต.....รุ่นที่.....ปีการศึกษา.....วุฒិการศึกษา.....  
สาขาวิชา.....คณะ.....มหาวิทยาลัย.....

ปริญญาโท รหัสประจำตัวนิสิต.....รุ่นที่.....ปีการศึกษา.....วุฒิการศึกษา.....  
สาขาวิชา.....คณะ.....มหาวิทยาลัย.....

ปริญญาเอก รหัสประจำตัวนิสิต.....รุ่นที่.....ปีการศึกษา.....วุฒิการศึกษา.....  
สาขาวิชา.....คณะ.....มหาวิทยาลัย.....

การศึกษาอื่น ๆ เพิ่มเติม (วุฒิการศึกษา สถาบันการศึกษา ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา)

วุฒิการศึกษา	สถาบันการศึกษา	สาขาวิชา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

**ประสบการณ์การทำงาน**

ตั้งแต่ปีสำเร็จการศึกษา - ปัจจุบัน

ปี พ.ศ. .... ตำแหน่ง ..... สังกัด .....

ปี พ.ศ. .... ตำแหน่ง ..... สังกัด .....

ปี พ.ศ. .... ตำแหน่ง ..... สังกัด .....

ปี พ.ศ. .... ตำแหน่ง ..... สังกัด .....

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง .....

ชื่อสถานที่ทำงาน .....

ที่อยู่ทำงาน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตรอก/ซอย .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... Fax .....

E-mail : .....





ผู้เสนอชื่อศิษย์เก่าดีเด่น

เจ้าของประวัติ (ไม่ต้องกรอกรายละเอียด)

ผู้เสนออื่น ๆ (กรอกรอกรายละเอียดด้านล่าง)

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่รับการเสนอชื่อ.....

รู้จักผู้ที่รับการเสนอชื่อมาแล้ว.....ปี

ตำแหน่งงาน.....หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ขอรับรองว่าข้อมูลถูกต้อง

ลงชื่อ .....เจ้าของประวัติ / ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

**คำรับรองและความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาในสังกัด/หน่วยงาน/องค์กร หรือผู้ร่วมเสนออื่น ๆ (ถ้ามี)**

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....  
ตำแหน่ง.....โทรศัพท์มือถือ.....  
รู้จักผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อมาแล้ว.....ปี  
ขอรับรองข้อความข้างต้นของ (นาย/นาง/นางสาว).....  
เป็นความจริงทุกประการ

2. เหตุผลที่เห็นสมควรได้รับการพิจารณาเป็นศิษย์เก่าดีเด่น  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำรับรอง  
(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่.....

**รายละเอียดการเสนอชื่อศิษย์เก่าดีเด่นคณะแพทยศาสตร์ ประจำปี 2565**

**1. ผู้มีสิทธิ์เสนอชื่อ**

อาจารย์แพทย์ ศิษย์เก่าแพทย์ และบุคคลทั่วไป

**2. เอกสารประกอบการพิจารณา**

3.1 แบบเสนอรายชื่อ พร้อมแนบไฟล์ Word แบบเสนอรายชื่อ

3.2 สำเนาเอกสารอ้างอิง (รูปกิจกรรม รูปรางวัล ที่มาของผลงาน) หรือ สำเนาหลักฐานประกอบการพิจารณาอื่น ๆ

**3. การพิจารณาคัดเลือก**

ผู้เสนอชื่อส่งเอกสารประกอบการพิจารณามายัง งานกิจการนิสิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเสนอคณะกรรมการพิจารณาคัดเลือก และจะประกาศผลการคัดเลือกผู้ที่ได้รับรางวัลศิษย์เก่าดีเด่นในภายหลัง

**4. กำหนดการส่ง** ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ 9 ธันวาคม 2565

สามารถส่งได้ด้วยตนเอง อีเมลล์ โทรสาร หรือทางไปรษณีย์ (ดูวันที่ประทับตรา)

**ส่งมาที่**

งานกิจการนิสิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ชั้น 1 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 7 รอบ พระชนมพรรษา 2

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

E-Mail: nutthawutp@nu.ac.th

Scan QR Code เพื่อทำการเสนอรายชื่อ



<https://forms.gle/QxAyd26zNwyPLtK38>

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

งานกิจการนิสิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

โทรศัพท์ 0 5596 7847

<http://www.med.nu.ac.th>