



## รายละเอียดการรับสมัคร

เปิดรับสมัครเพื่อรับการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี ร่วมกับสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แห่งชาติ ประจำปีการศึกษา 2562

จำนวน 2 ตำแหน่ง

รับสมัครตั้งแต่ 3 กันยายน จนถึง 31 ตุลาคม 2561

กำหนดสัมภาษณ์วันที่ 12 พฤศจิกายน 2561

\*\*\*พิจารณาเฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดเท่านั้น

### หลักฐานประกอบการสมัคร

1. ใบสมัครกรอกข้อมูลครบถ้วน
2. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน
3. สำเนาใบแสดงคะแนนตลอดการศึกษาแพทยศาสตร์ (Transcript) 1 ฉบับ
4. จดหมายแนะนำผู้สมัคร (ใบ Recommendation) จากอาจารย์ที่เคยสอนหรืออาจารย์ผู้ดูแล 2 ท่าน และจากผู้บังคับบัญชา 1 ท่าน  
(ให้ระบุชื่ออาจารย์แพทย์, สถาบันที่ขอจดหมายและเบอร์โทรศัพท์ (ถ้ามี) ให้ชัดเจนด้วย)
5. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
6. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
7. สำเนาปริญญาบัตร จำนวน 1 ฉบับ
8. สำเนาหนังสือรับรองการเพิ่มพูนทักษะ จำนวน 1 ฉบับ
9. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 1 ฉบับ
10. สำเนาใบเปลี่ยน ชื่อ นามสกุล/ใบทะเบียนสมรส (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล) จำนวน 1 ฉบับ
11. หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรม และรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกเข้าอบรม หรือรับรองว่าอยู่ระหว่างการรออนุมัติจากต้นสังกัด
12. หนังสือรับรองผลการสอบทั้ง 3 ชั้นจากศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศ.ร.ว.) ฉบับภาษาไทย  
(เอกสารที่เป็นสำเนาเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง )

### วิธีส่งหลักฐานการสมัคร

1. ด้วยตัวเอง ยื่นเอกสารจริงที่ สำนักงานองค์กรแพทย์ ชั้น 3 ตึกอำนวยการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ในวันเวลาราชการ 9.00 -15.00 น. ติดต่อ น.ส.ศิวพร กวางำเหน็ด (แดงโม) นักวิชาการศึกษา
2. ทางไปรษณีย์ลงทะเบียน  
ติดต่อและส่งหลักฐานมาที่

น.ส.ศิวพร กวางำเหน็ด (นักวิชาการศึกษา)

สำนักงานองค์กรแพทย์

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

88/26 หมู่ 4 ซอยติวานนท์ 14 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

เบอร์โทร 02-591-5455, 02-591-4242 ต่อ 6728, 6729 (องค์กรแพทย์) , 090-1690995 (ศิวพร)

โดยหลังได้รับเอกสาร นักวิชาการศึกษาจะติดต่อกลับไป

แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับคัดเลือกเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

กรมการแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี ร่วมกับ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

ชื่อ-สกุล ภาษาไทย นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....

ภาษาอังกฤษ (CAPITAL LETTER).....

วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี.....เดือน สถานภาพ ( ) โสด ( ) สมรส

ภูมิลำเนา.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail : .....

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โทร.....

ที่ทำงานปัจจุบัน.....

โทร.....

จบปีการศึกษา.....สถาบัน.....

เกรดเฉลี่ย 6 ปี (GPA).....

มีความประสงค์จะเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมในปีการศึกษา.....

( ) มีต้นสังกัดจาก.....

( ) อยู่ในระหว่างการรออนุมัติเพื่อเป็นต้นสังกัดจาก.....

ประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา

| ปี พ.ศ. |     | ชื่อและที่อยู่ของหน่วยงาน | ตำแหน่งงาน<br>และหน้าที่โดยย่อ |
|---------|-----|---------------------------|--------------------------------|
| เริ่ม   | ถึง |                           |                                |
|         |     |                           |                                |
|         |     |                           |                                |
|         |     |                           |                                |

รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร (ผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดและอาจารย์อย่างน้อย 2 คน ตรงกับข้อมูลที่ให้ในใบสมัคร)

| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง | ที่อยู่-โทรศัพท์ |
|-----------|---------|------------------|
| 1.        |         |                  |
| 2.        |         |                  |
| 3.        |         |                  |

ความสามารถพิเศษและงานอดิเรก

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

เหตุผลในการเลือกเรียนสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมถึงความคาดหวังในการทำงานหลังจากจบการศึกษา

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

เหตุผลในความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลต้นสังกัด ที่ท่านได้ทราบมา

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

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่.....