

ที่ สป ๐๐๓๒.๐๑๑/ว.๐๐๓๒



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
๕๖ ถนนเทศบาล ๓ อำเภอเมืองสระบุรี
จังหวัดสระบุรี ๑๘๐๐๐

๑๖

กรกฎาคม ๒๕๖๒

เรื่อง การสมัครเข้าฝึกอบรมแพทย์ปฏิบัติการตจวิทยา หลักสูตร ๒ ปี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครแพทย์ปฏิบัติการ สาขาตจวิทยา

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอความอนุเคราะห์สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์จัดสรรโควตาฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ปฏิบัติการตจวิทยา (Clinical Fellow in Dermatology) หลักสูตร ๒ ปี ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนปีละ ๖ ตำแหน่ง สำหรับให้ทุนแพทย์สาขา อายุรศาสตร์และกุมารเวชศาสตร์ต้นสังกัดโรงพยาบาลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ มีความยินดีจัดสรรโควตาฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ปฏิบัติการตจวิทยา (Clinical Fellow in Dermatology) หลักสูตร ๒ ปี ให้กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนปีละ ๖ ตำแหน่ง และจัดสรรโควตาให้เขตสุขภาพฯ ละ ๑ ตำแหน่ง นั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี จึงขอประชาสัมพันธ์ให้แพทย์สาขาอายุรศาสตร์และกุมารเวชศาสตร์ที่มีความสนใจเข้าฝึกอบรมดังกล่าว ส่งใบสมัครพร้อมทั้งเอกสารประกอบการสมัครมายังสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔ เพื่อดำเนินการคัดเลือกระดับเขตสุขภาพ ภายในวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒ ทั้งนี้สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://training.inderm.go.th/fellow.html>

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธนวัฒน์ วงศ์พันธ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมอ

ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) คนที่ ๒

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร ๐ ๓๖๒๒ ๓๑๑๘-๒๐ ต่อ๑๒๒

โทรสาร ๐ ๓๖๒๑ ๒๐๓๘,๐๘๔

ใบสมัครแพทย์ปฏิบัติการ สาขาตจวิทยา

Scan ภาพ
หรือติดรูปถ่าย

ปีการศึกษา..... วัน เดือน ปี ที่สมัคร.....

ประเภทการสมัคร ไม่มีต้นสังกัด

มีต้นสังกัด ระบุ.....

คำชี้แจง : 1. โปรดDownload แบบฟอร์มใบสมัครจาก website training.inderm.go.th

2. กรอกข้อมูลโดยการพิมพ์ หรือ ด้วยลายมือบรรจงที่อ่านได้ชัดเจน

3. ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง เพื่อระบุข้อมูล/เอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัคร

โปรดใช้เอกสารฉบับสำเนาพร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

ข้อมูลทั่วไป

1. คำนำหน้า นางสาว นาง นาย

2. ชื่อ-สกุล ภาษาไทย

3. ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ.....

4. วันเดือนปีเกิดอายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

5. สถานภาพสมรส โสด สมรส อื่น ๆ ระบุ.....

6. เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....หมดอายุ.....

7. ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....

8. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่บ้าน/หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

9. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่บ้าน/หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....

10. กรณีเร่งด่วนติดต่อ

ชื่อ-สกุลความสัมพันธ์กับผู้สมัคร..... โทร.มือถือ.....

โทรศัพท์.....โทรสาร..... E-mail.....

ประวัติการใช้ทุน (นับถึงวันที่ 1 กรกฎาคม 2560)

11. ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม =ปี

12. โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ

ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.ถึงเดือน.....พ.ศ.....

13. ภาระการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)

จนถึงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

ไม่มี ใช้ทุนครบ 3 ปี แล้ว ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

มี ใช้ทุนแล้วปี เหลือเวลาใช้ทุนอีก.....ปี

ประวัติการศึกษาและฝึกอบรม

14. คุณวุฒิทางการศึกษา

1) แพทยศาสตรบัณฑิต จาก..... ปีที่จบ.....

เกรดเฉลี่ยตลอดหลักสูตร..... เกียรตินิยมอันดับ.....

เกรด 3 ปีสุดท้าย ชั้นปี 4)..... ชั้นปี 5)..... ชั้นปี 6).....

2) อื่น ๆ ระบุ.....

คุณวุฒิ/สาขา.....จาก.....ปีที่จบ.....

คุณวุฒิ/สาขา.....จาก.....ปีที่จบ.....

15. ประวัติการฝึกอบรม ประชุม ดูงาน (จากปัจจุบันย้อนไปอดีต)

ปี	ชื่อหลักสูตร	หน่วยงานที่จัด	ระยะเวลา	หมายเหตุ

ประวัติการทำงาน

16. โปรดให้รายละเอียดจากปัจจุบันย้อนไปอดีต

1. ชื่อหน่วยงาน.....ที่อยู่.....

.....โทร.....โทรสาร.....

ลักษณะหน่วยงาน ราชการ เอกชน อื่น ๆ.....

ชื่อตำแหน่งงาน.....ปีที่เริ่มงาน.....ปีที่ลาออก.....

หน้าที่ความรับผิดชอบ.....

.....

.....

.....

2. ชื่อหน่วยงาน.....ที่อยู่.....

.....โทร.....โทรสาร.....

ลักษณะหน่วยงาน ราชการ เอกชน อื่น ๆ.....

ชื่อตำแหน่งงาน.....ปีที่เริ่มงาน.....ปีที่ลาออก.....

หน้าที่ความรับผิดชอบ.....

.....

.....

สาเหตุที่ลาออก.....

3. ชื่อหน่วยงาน.....ที่อยู่.....

.....โทร.....โทรสาร.....

ลักษณะหน่วยงาน ราชการ เอกชน อื่น ๆ.....

ชื่อตำแหน่งงาน.....ปีที่เริ่มงาน.....ปีที่ลาออก.....

หน้าที่ความรับผิดชอบ.....

.....

.....

สาเหตุที่ลาออก.....

17. ผลงานและความสามารถพิเศษ

ผลงานวิจัย/งานวิชาการ

.....

รางวัลที่เคยได้รับ

.....

ความสามารถพิเศษ

.....

18. ประวัติการอบรมหลักสูตรของสถาบันโรคผิวหนัง

ไม่เคย เคยเข้าอบรมหลักสูตร.....เมื่อปี.....

19. ประวัติการสมัครสอบคัดเลือกเข้าอบรมหลักสูตรของสถาบันโรคผิวหนัง

ไม่เคย

เคยสมัครสอบคัดเลือกหลักสูตร.....เมื่อปี.....

.....

20. บุคคลอ้างอิง : ผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวนอย่างน้อย 2 คน

(เป็นผู้บังคับบัญชา และ/หรือ อาจารย์แพทย์, ผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)

1) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร.....

2) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร.....

3) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร.....

21. ประเภทการสมัคร

ไม่มีต้นสังกัด (Free Train)

มีต้นสังกัด (ชื่อต้นสังกัด).....

ชื่อผู้บังคับบัญชา.....ตำแหน่ง.....โทร.....

มีหนังสืออนุมัติรับเป็นต้นสังกัด

อื่น ๆ.....

22. หลักฐานแนบใบสมัคร เพื่อประกอบการพิจารณา

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล/ใบทะเบียนสมรส (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล)
- สำเนาใบแสดงคุณวุฒิการศึกษา (ปริญญาบัตร)
- สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
- สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....
- สำเนาประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ
- หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรม และรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก โดยได้รับเงินเดือนระหว่างลาศึกษาตามระเบียบฯ
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน (ตามชื่อบุคคลอ้างอิงข้อ 20) จำนวน.....ฉบับ
- ☺ ผู้สมัคร ต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับ

23. ที่อยู่สำหรับส่งเอกสาร

เลขที่.....หมู่บ้าน/หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

24. รับรองหลักฐาน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งหรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะได้ผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าจะอาจถูกดำเนินคดีตามกฎหมายด้วย

()

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่ ได้รับใบสมัครวันที่.....

โดยทาง ผู้สมัครนำมาส่งด้วยตนเอง ไปรษณีย์ อื่น ๆ ระบุ.....

ผลการตรวจสอบ คุณสมบัติถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

เอกสารหลักฐานที่แนบใบสมัคร ถูกต้องครบถ้วน

ไม่ถูกต้อง/ ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก

.....

จนท.ผู้รับ/ตรวจสอบใบสมัคร.....