

**โรงพยาบาลสงขลา**  
**ประกาศรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว**  
**ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓**

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลา ได้เปิดรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ จำนวน ๕ ตำแหน่ง โดยทำการสอบคัดเลือกด้วยวิธีสอบสัมภาษณ์ในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๒

จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านที่มีความสนใจและมีคุณสมบัติตามแพทย์สภากำหนด สามารถส่งใบสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ จนถึงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ กรุณาส่งใบสมัครสแกนส่งทาง E-Mail : Fammed.sk@cprid.in.th ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ มายัง คุณจันจิรา นวลแก้ว ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาล ๖๖๖ หมู่ที่ ๒ ต.พะวง อ.เมือง จ.สงขลา ๙๐๑๐๐ ระบุวงเล็บว่า สมัครคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน

**๑. คุณสมบัติ**

๑. มีคุณสมบัติในการสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ตามที่แพทย์สภากำหนด
๒. ต้องผ่านการเพิ่มพูนทักษะ หรือมีประสบการณ์การทำงานในเวชปฏิบัติของประเทศไทยมาแล้วอย่างน้อย ๑ ปี
๓. สามารถเข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตร ๓ ปีเต็ม

**๒. หลักฐานประกอบการสมัคร**

- |   |              |
|---|--------------|
| ๑. ใบสมัครของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. รูปถ่าย ๒ นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน)                                      | จำนวน ๒ ใบ   |
| ๓. ใบรายงานผลการเรียนแพทยศาสตร์ตลอดหลักสูตร                                     | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม แพทยสภา  | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. สำเนาทะเบียนบ้าน   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๗. หนังสือรับรองจากต้นสังกัดที่ขอทุน  | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๘. สำเนาใบประกาศนียบัตรผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ                              | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๙. ประวัติและผลงานที่ผ่านมา (Portfolio)   |              |
| ๑๐. เหตุผลที่เลือกเรียนสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวและเลือกมารับการฝึกอบรมที่ รพ.สงขลา |              |

อนึ่งภายหลังได้รับการคัดเลือก ท่านต้องสมัครตามระเบียบของแพทย์สภาด้วย



รูปถ่าย  
ขนาด 2 นิ้ว

แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการศึกษา  
เป็นแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว  
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลา

ให้เขียนข้อความด้วยตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง

๑. ชื่อ - สกุลผู้สมัคร .....
- วันเดือนปีเกิด ...../...../..... อายุ ..... ปี ..... เดือน
- เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา .....
- เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....
- เลขใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

๒. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล/เขต ..... อำเภอ/แขวง .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

E - mail .....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....

โทรศัพท์มือถือ .....

๓. คุณวุฒิทางการศึกษา

ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต .....

ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา ..... เกรดเฉลี่ย .....

๔. ประสบการณ์การสมัคร/การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง

\* ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย (โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่สมัคร)

\* ท่านเคยเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย (โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่สมัคร)

๕. สิทธิในการสมัคร

- ไม่มีต้นสังกัด
- มีต้นสังกัด (ระบุชื่อโรงพยาบาลต้นสังกัด)

.....

๖. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/การะการชดใช้ทุน  
ขอให้ระบุข้อมูลการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/การะการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ ๑ มิถุนายน ของปีที่สมัคร

\* ปฏิบัติราชการในโครงการเพิ่มพูนทักษะ

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

\* ปฏิบัติงานเพิ่มเติม

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

\* การะการชดใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่ (การชดใช้ทุนให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูน  
ทักษะ)

- ไม่มี
  - เพราะปฏิบัติงานครบถ้วนแล้ว ๓ ปี
  - เพราะได้ชดใช้เงินแล้ว เมื่อ .....
- มีการะการชดใช้ทุน ปฏิบัติงานมาแล้ว ..... ปี
- อื่น ๆ (ระบุ).....

\* ปัญหาที่ผ่านมาในการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ

- ไม่มี
- มี (ระบุ) .....

\* รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร

(ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดอย่างน้อย ๓ คน)

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่ - โทรศัพท์

๗. เอกสารหลักฐานที่ต้องส่งมาพร้อมแบบแสดงความจำนง (สำเนา - ต้องมีการลงนามกำกับรับรองด้วย)

- |   |              |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ๒ นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน)          | จำนวน ๒ รูป  |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบประกาศนียบัตรผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ  | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา      | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ                   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน                                 | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองจากต้นสังกัดที่ขอทุน                | จำนวน ๑ ฉบับ |

ลายเซ็นผู้สมัคร .....

วันที่ ...../...../.....

หมายเหตุ : ใบสมัครนี้ใช้เป็นการภายในสำหรับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเท่านั้น ผู้สมัครที่ต้องการเข้าร่วมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ต้องปฏิบัติตามระเบียบของแพทยสภาที่กำหนดไว้ในแต่ละปีการศึกษาด้วย