

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