



ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

แบบเลือกสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (รอบที่ 1 ครั้งที่ 2)

สาขา / อนุสาขา...อย221 อายุรศาสตร์...

ประจำปีการฝึกอบรม 2569

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ - นามสกุลผู้สมัคร

เลขประจำตัวประชาชนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

สถาบันฝึกอบรมที่ต้องการสมัคร

ลำดับ	รหัสสถาบัน	ชื่อสถาบัน
1		
2		
3		

สถานที่ที่ติดต่อได้อย่างรวดเร็ว

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

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

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ E-mail

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ. 2568

โปรดส่งแบบเลือกสถาบันฝึกอบรมมาที่ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

ทาง e-mail : rcpt.resident2569@gmail.com ภายในวันที่ 11 ธันวาคม 2568