ใบคำขอสมัครเรียนหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม

ด้านการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดและเซลล์บำบัดในผู้ใหญ่

รูปถ่าย

ชื่อ - นามสกุล ❒ นายแพทย์ ❒ แพทย์หญิง

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน | ออกโดย

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ | ออกให้ ณ วันที่ / /

ที่อยู่ปัจจุบัน : เลขที่ | หมู่ที่ | ซอย | ถนน

แขวง/ตำบล | เขต/อำเภอ | จังหวัด | รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน | โทรศัพท์มือถือ | e-mail :

ที่อยู่ที่ทำงาน : โรงพยาบาล | เลขที่ | ซอย

ถนน | แขวง/ตำบล | เขต/อำเภอ | จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ | โทรศัพท์ที่ทำงาน | สถานที่ที่ติดต่อได้ทันที ❒ ที่บ้าน ❒ ที่ทำงาน

คุณสมบัติ

❒ เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

❒ เป็นโลหิตแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด หรือ อยู่ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์โรคเลือดชั้นปีสุดท้าย

❒ เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง ไม่เป็นอุปสรรคในการฝึกอบรมในสาขาการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในผู้ใหญ่

แหล่งฝึกอบรมที่ต้องการสมัคร

1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

ต้นสังกัดที่ส่งเข้าฝึกอบรม

❒ หน่วยงานรัฐ

กระทรวง ..... กรม/มหาวิทยาลัย/บริษัท .....

จังหวัด ..... โรงพยาบาล .....

❒ อิสระ

การปฏิบัติงานหลังการได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

โรงพยาบาล	ตำแหน่ง	สาขาวิชา	ตั้งแต่	ถึง

การฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง				
โรงพยาบาล	**ตำแหน่ง**	**สาขาวิชา**	**ตั้งแต่**	**ถึง**

สถานที่ปฏิบัติงานหลังจากจบการฝึกอบรม หรือได้รับประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม แล้ว			
โรงพยาบาล		เลขที่	ถนน
แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ	จังหวัด	รหัสไปรษณีย์

หลักฐานการสมัคร

- ❒ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ใช้ในกรณีชื่อ-นามสกุลไม่ตรงกับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม)
- ❒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- ❒ สำเนาหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร สาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด
  หรือหนังสือรับรองว่ากำลังอยู่ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านปีสุดท้าย
- ❒ หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว
- ❒ รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ติดลงในใบคำขอสมัครเรียน)

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ ..... / ..... / .....

หมายเหตุ

วัน/เวลารับสมัคร : รอบที่ 1 วันที่ 1 - 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2569
รอบที่ 2 วันที่ 1 - 30 เมษายน พ.ศ. 2570

ค่าธรรมเนียม : 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

การชำระเงิน : **โอนผ่านบัญชีออมทรัพย์** ชื่อบัญชี "ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย"
ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เลขที่ 043-274623-0
(แนบหลักฐานการโอนเงินส่งมาพร้อมกับใบสมัคร)

วิธีการจัดส่งเอกสาร : รวบรวมใบสมัครและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ พร้อมหลักฐานการชำระเงิน
จัดทำเอกสารรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ไฟล์สกุล .pdf โดยตั้งชื่อเอกสารตามวงเล็บในแต่ละข้อ
พร้อมชื่อ นามสกุล จำกัดขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB ส่งมายัง e-mail: rcpt.fellow2570@gmail.com

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม : สำนักงานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทรศัพท์ 0-2716-6744 ต่อ 12 , 081-4504719