ใบคำขอสมัครเรียนหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตร

อนุสาขาประสาทวิทยาโรคหลอดเลือดสมองและการตรวจหลอดเลือดสมองด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

ชื่อ - นามสกุล ❒ นายแพทย์ ❒ แพทย์หญิง	รูปถ่าย
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

❒ เป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาประสาทวิทยา ในสถาบันที่แพทยสภารับรองครบตามหลักสูตรของแพทยสภา

❒ เป็นแพทย์ประจำบ้านปีสุดท้าย และเป็นผู้มีสิทธิเข้าสอบเพื่อหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร สาขาประสาทวิทยา

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 หรือได้รับประกาศนียบัตร แล้ว			
โรงพยาบาล		เลขที่	ถนน
แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ	จังหวัด	รหัสไปรษณีย์

หลักฐานการสมัคร

- ❒ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ใช้ในกรณีชื่อ-นามสกุลไม่ตรงกับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม)
- ❒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- ❒ สำเนาหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรสาขาประสาทวิทยา
  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