

**ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรม**  
**แพทย์ประจำบ้านต่อยอด หน่วยโรคไต กองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.**

ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ..... อายุ.....ปี  
สถานภาพ  โสด  สมรส  
การสมัคร  มีต้นสังกัดจาก.....  อิสระ  
ที่อยู่.....  
..... โทรศัพท์.....  
เวลาที่ติดต่อสะดวก..... โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....  
e-mail: .....

**การศึกษา**

แพทยศาสตร์บัณฑิตจาก.....  
ปีที่จบการศึกษา..... คะแนนเฉลี่ย (GPA).....  
วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต.....  
ปีที่จบการศึกษา.....

**การปฏิบัติงานหลังจบแพทยศาสตร์บัณฑิต**

ปีเริ่มต้น	ปีสุดท้าย	สถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง	เหตุที่ย้าย

**การปฏิบัติงานหลังจบวุฒิปริญญาวิทยาศาสตรโรคไต**

สถานที่ปฏิบัติงานที่ตั้งใจหลังจบการฝึกอบรม.....

ผู้สามารถให้ความเห็นเกี่ยวกับผู้สมัคร 2 ท่าน

1..... ที่อยู่.....  
..... โทรศัพท์.....

2..... ที่อยู่.....  
..... โทรศัพท์.....

ทราบได้อย่างไรว่าร.พ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. เปิดฝึกอบรมอายุรศาสตร์โรคไต

เหตุผลที่ท่านเลือกสถาบันแห่งนี้เป็นสถานที่ฝึกอบรม

## หลักฐานประกอบการสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์โรคไต

1. รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว 2 ใบ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน
4. Curriculum vitae
5. Transcript ที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต
6. สำเนาปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต
7. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
8. สำเนาวุฒิบัตร / อนุมัติบัตรอายุรศาสตร์ หรือ  
หนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ ชั้นปีที่ 3
9. หนังสืออนุมัติจากต้นสังกัด (กรณีที่ได้รับทุน)
10. หนังสือรับรองการทำงาน / หนังสือแนะนำ จากหัวหน้างานหรืออาจารย์แพทย์
11. บทความสั้นๆ เกี่ยวกับความสนใจและความตั้งใจในการเป็นอายุรแพทย์โรคไต

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการสมัครได้ที่:

กองอายุรกรรม ชั้น 4 อาคารคุ้มเกล้า

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ถ.พหลโยธิน เขตสายไหม กรุงเทพฯ 10220

โทร. 02-534-7322, 02-534-7327

โทรสาร 02-534-7337