

ใบสมัครเข้าปฏิบัติงาน

แพทย์เพิ่มพูนทักษะ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.

ข้อมูลที่กรอกต้องเป็นข้อมูลที่เป็นความจริงในปัจจุบันทุกข้อ และกรอกให้ครบถ้วนซ่องด้วยลายมือท่านเอง

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นามสกุล..... เพศ..... อายุ ปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
 สถานภาพ โสด สมรส (คู่สมรสประกอบอาชีพ.....) หย่าร้าง
 บุตร..... คน อายุ..... ปี
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

 ที่อยู่ปัจจุบัน.....

 โทรศัพท์..... มือถือ..... E-mail.....
 FAX เวลาที่สะดวกในการติดต่อ

บุคคลที่สามารถติดต่อได้

ชื่อ..... นามสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 ที่อยู่.....
 เบอร์โทรศัพท์.....

การศึกษา

จบการศึกษา แพทยศาสตร์บัณฑิตจาก..... คะแนนเฉลี่ย (GPA).....
 ปีที่จบการศึกษา..... สาขา gwarrun กรุณาระบุเหตุผล.....
 เกรดขณะปฏิบัติงานในภาควิชาอายุรศาสตร์
 ปีที่ 4.....
 ปีที่ 5.....
 ปีที่ 6.....
 สถานที่ปฏิบัติงานเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะปีที่ 1
 ท่านรู้จักกองอายุรกรรม รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ได้อย่างไร.....

 เหตุผลที่ท่านเลือกสมัครที่นี่
 เคยมีปัญหาถูกฟ้องร้อง หรือ ร้องเรียน หรือไม่ ไม่มี มี เรื่อง
 ท่านคิดว่าท่านมีบุคคลิกและทัศนคติต่อการทำงานอย่างไร
 ท่านต้องการฝึกอบรมสาขาอายุรศาสตร์ในอนาคตหรือไม่ (ไม่จำเป็นต้องเป็น ร.พ.ภูมิพลอดุลยเดช)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
 วันที่.....