



ใบสมัครแพทย์ฝึกอบรมหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม  
ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด  
ประจำปีการฝึกอบรม 2566  
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

รูปถ่าย

1. คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....  
เลขที่บัตรประชาชน.....เกิดวันที่ ..... อายุ.....ปี  
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... ออกให้เมื่อวันที่.....
2. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน ฝ่าย/กลุ่มงาน.....  
โรงพยาบาล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
3. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ (นอกเหนือจากสถานที่ปฏิบัติงาน)  
เลขที่ ..... หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ .....E-mail.....
4. สำเร็จหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตจาก.....เมื่อปี.....
5. สำเร็จการศึกษาหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด
  - 5.1 สาขา.....สถาบันฝึกอบรม.....  
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
  - 5.2 สาขา.....สถาบันฝึกอบรม.....  
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
  - 5.3 สาขา.....สถาบันฝึกอบรม.....  
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
6. ต้นสังกัด  ไม่มีต้นสังกัด/อิสระ  
 ชื่อสถาบัน/โรงพยาบาลต้นสังกัด.....

7. แหล่งฝึกอบรมที่ต้องการเลือกสมัครฝึกอบรม (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าตัวเลือก)

- .....เครือข่ายโรงพยาบาลปัตตานี - โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
- .....เครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น - โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
- .....เครือข่ายโรงพยาบาลราชวิถี - สบยช.
- .....เครือข่ายคณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่ - โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

หลักฐานประกอบการสมัคร (ยื่นเอกสารต่างๆที่แหล่งฝึกอบรมที่ต้องการสมัคร)

- สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- สำเนาวุฒิบัตรฯ หรือหนังสืออนุมัติ ฯ
- สำเนาบัตรประชาชน
- หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

กรุณาชำระเงิน ผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ชื่อบัญชี “ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ อบรมและสอบ” เลขที่บัญชี 041-0-18424-1 เท่านั้น ไม่รับชำระเป็นเงินสด สามารถใช้หลักฐานการโอนผ่าน Application หรือ สลิป ATM หรือ สลิปเงินฝาก ได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....