

**ใบสมัครเข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน  
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐**

---

๑. ชื่อ(นาย /นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....อัตราเงินเดือน.....บาท  
ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
๒. เกิดวันที่ .....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน  
(นับถึงวันเปิดการศึกษา ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐ )
๓. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน ฝ่าย / กลุ่มงาน.....  
โรงพยาบาล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว.....  
โทรศัพท์มือถือ .....e-mail.....
๔. สถานที่ที่ติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว(นอกเหนือจากสถานที่ปฏิบัติงาน)  
บ้านเลขที่ .....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
๕. สำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตจาก.....  
เมื่อปีการศึกษา..... เริ่มปฏิบัติงานเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ปฏิบัติราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน (นับถึงวันเปิดการศึกษา ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐)
๖. ลาศึกษาและฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านครั้งสุดท้ายในสาขา.....(สาขาพื้นฐานสำหรับสมัครสาขาต่อยอด)  
สถาบันการศึกษา.....  
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
กลับมาปฏิบัติราชการชดใช้ทุนในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน (นับถึงวันเปิดการศึกษา ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐)
๗. สถานะแพทย์ของผู้สมัคร
- ๑.แพทย์ CPIRD จังหวัด(ระบุ).....
  - ๒.แพทย์ ODOD จังหวัด(ระบุ).....
  - ๓.แพทย์ทั่วไป(จับสลาก)
  - ๔.แพทย์ที่ไม่ใช่ทุนรัฐบาล
  - ๕.แพทย์พิเศษ
  - ๖.ข้าราชการลาเรียน (NEW TRACK)
  - ๗.แพทย์โอนมาจากส่วนราชการอื่น จากนอกกระทรวงสาธารณสุข หรือบรรจุกลับเข้ารับราชการ
  - ๘.แพทย์โอนมาจากกรมอื่น ในกระทรวงสาธารณสุข
  - ๙.ปฏิบัติงานในจังหวัด ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สตูล และ ๔ อำเภอของสงขลา ได้แก่  
อำเภอเทพา นาทวี สะบ้าย้อย และอำเภอจะนะ
  - ๑๐.แพทย์ที่สมัครเข้ารับทุนต้นสังกัดเข้าศึกษาฝึกอบรมในสาขาวิชาต่อยอด

๘. สาขาวิชา และ ต้นสังกัดที่สมัคร

๘.๑ สาขา หลัก / รอง / ยอดนิยม / ขาดแคลน (เลือกได้ ๑ สาขา และ ๒ โควตาต้นสังกัดเท่านั้น)

ชื่อสาขา..... รหัสวิชา.....

โควตาต้นสังกัดที่สมัคร

ลำดับที่ ๑ (เลือกได้อย่างใดอย่างหนึ่ง)

โรงพยาบาล.....จังหวัด..... หรือ

เขตสุขภาพที่(ระบุ).....

ลำดับที่ ๒ (เลือกได้อย่างใดอย่างหนึ่ง)

โรงพยาบาล.....จังหวัด..... หรือ

เขตสุขภาพที่(ระบุ).....

๘.๒ สาขาต่อยอด (เลือกได้ ๑ สาขา และ ๑ โควตาต้นสังกัดเท่านั้น)

ชื่อสาขา..... รหัสวิชา.....

โควตาต้นสังกัดที่สมัคร (เลือกได้อย่างใดอย่างหนึ่ง)

โรงพยาบาล.....จังหวัด..... หรือ

เขตสุขภาพที่(ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๘.๓ ผลการตรวจสอบคุณสมบัติแพทย์ที่สมัครเข้าศึกษาฝึกอบรมพบว่า

มี  ไม่มี คุณสมบัติตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “การรับสมัครแพทย์  
เข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบคุณสมบัติ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : ผู้ตรวจสอบคุณสมบัติแพทย์ หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่แพทย์ปฏิบัติงานปัจจุบัน