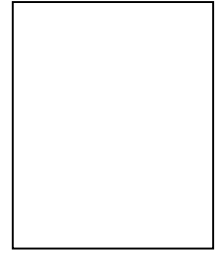


**ใบสมัครเข้ารับการศึกษา**  
**แพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศาสตร์ทางเพศ**  
**ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**  
**ประจำปีการศึกษา 2566**



ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ ชื่อเล่น \_\_\_\_\_ เพศ \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Surname \_\_\_\_\_

เกิดวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี สถานภาพ \_\_\_\_\_

เลขบัตรประชาชน \_\_\_\_\_

**ภูมิลำเนา**

บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล \_\_\_\_\_

อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

**ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ทันที**

บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล \_\_\_\_\_

อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_ E-mail Address \_\_\_\_\_

(เขียนให้ชัดเจน)

**วุฒิและการปฏิบัติงาน**

1. สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตเมื่อปีการศึกษา \_\_\_\_\_ จากสถาบัน \_\_\_\_\_

วุฒิอย่างอื่น (ถ้ามี) \_\_\_\_\_

2. ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ \_\_\_\_\_ ออกให้ ณ วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

3. สถานที่ฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้าน \_\_\_\_\_

ปีที่ฝึกอบรม ระหว่างปี พ.ศ. \_\_\_\_\_ ถึง พ.ศ. \_\_\_\_\_

**หลังจากจบแพทยศาสตรบัณฑิตได้ปฏิบัติงานที่**

1. \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

ในฐานะ \_\_\_\_\_ ตั้งแต่ \_\_\_\_\_ ถึง \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

ในฐานะ \_\_\_\_\_ ตั้งแต่ \_\_\_\_\_ ถึง \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

ในฐานะ \_\_\_\_\_ ตั้งแต่ \_\_\_\_\_ ถึง \_\_\_\_\_

**หลังจบการฝึกอบรมสูติ-นรีแพทย์ได้ปฏิบัติงานที่**

1. \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_  
ในฐานะ \_\_\_\_\_ ตั้งแต่ \_\_\_\_\_ ถึง \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_  
ในฐานะ \_\_\_\_\_ ตั้งแต่ \_\_\_\_\_ ถึง \_\_\_\_\_

ขณะที่สมัครกำลังปฏิบัติงานในตำแหน่ง \_\_\_\_\_  
ที่ \_\_\_\_\_

**ความสามารถการใช้ภาษาอังกฤษ (ข้อใดข้อหนึ่ง)**

1. **คะแนนการสอบภาษาอังกฤษ (IELTS / TOEFL / TOEIC / CU-TEP)** \_\_\_\_\_.
2. **ผ่านการศึกษา** \_\_\_\_\_.
3. **มีผลงานทางวิชาการ** \_\_\_\_\_.

**รางวัลการศึกษาหรือรางวัลการปฏิบัติงาน** \_\_\_\_\_

**สังกัดที่ส่งอบรม**  ไม่มี  
 มี ระบุ \_\_\_\_\_ (แนบเอกสารรับรองจากต้นสังกัด)

**กิจกรรมเพื่อส่วนร่วมที่เคยปฏิบัติงาน** \_\_\_\_\_

**หลักฐานที่ต้องแนบ**

1. สำเนา Transcript 1 ใบ
2. วุฒิบัตร
3. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

(ตัวบรรจง) \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ติดต่อ [rossarin.soy@chulahospital.org](mailto:rossarin.soy@chulahospital.org), โทร 02-256-4000 ต่อ 2072

ไปรษณีย์ลงทะเบียนส่งที่ คณะกรรมการหลักสูตรต่อยอด สาขาเวชศาสตร์ทางเพศ  
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารอุปการเวชกิจ ชั้น 7  
ถนนพระราม 4 ปทุมวัน  
กทม. 10330

รายชื่อและที่อยู่ของผู้สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า อย่างน้อย 10 ท่าน (เขียนให้ชัดเจนและถูกต้อง)

1. ชื่อ \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_

2. ชื่อ \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_

3. ชื่อ \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_

4. ชื่อ \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_

5. ชื่อ \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_

6. ชื่อ \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_

7. ชื่อ \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_

8. ชื่อ \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_

9. ชื่อ \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_

10. ชื่อ \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_