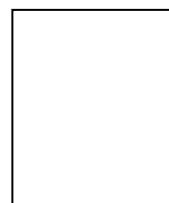


ใบสมัครแพทย์
Research Fellow
สาขาวิชาโรคผิวหนัง ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ชื่อ นพ./ พญ.(นามสกุลเดิม....)

อายุ ปี วันเดือนปีเกิด สัญชาติ

LineID:..... Facebook..... Instagram.....

สถานภาพสมรส [] โสด [] แต่งงาน จำนวนบุตรและอายุ

ที่อยู่ : ที่บ้าน

ที่ทำงาน

โทรศัพท์ที่บ้าน ที่ทำงาน

มือถือ E-Mail

ตัวแทนที่จะติดต่อได้สะดวก โทร

เกรดเฉลี่ยทั้ง 6 ปี (GPA) ปีที่จบปริญญา พ.บ. เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์

ชื่อสถาบันการศึกษา ประเทศ

จดหมายรับรองการทำงานจากผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์แพทย์ (ส่งที่หน่วยโรคผิวหนัง รพ.รามาธิบดี โดยตรง)

1. ชื่อ ตำแหน่ง

ที่อยู่

โทรศัพท์ มือถือ

2. ชื่อ ตำแหน่ง

ที่อยู่

โทรศัพท์ มือถือ

3. ชื่อ ตำแหน่ง

ที่อยู่

โทรศัพท์ มือถือ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ / /

คุณสมบัติผู้สมัคร

- เป็นผู้สำเร็จการศึกษาแล้วในระดับปริญญา พ.บ. โดยได้ระดับคะแนนเฉลี่ยสะสมไม่น้อยกว่า 2.50
- ไม่มีภาระปฏิบัติงานใช้ทุน และผ่านการเพิ่มพูนทักษะแล้ว 1 ปี

หลักฐานที่ต้องแนบมาด้วย

- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- สำเนาใบประกอบโรคศิลป์, สำเนาในปริญญาบัตร, สำเนา Transcript จำนวน 1 ชุด
- ประวัติการทำงาน, ผลงานทางวิชาการ, งานบริการชุมชน จำนวน 1 ชุด
- หลักฐานการผ่านการเพิ่มพูนทักษะแล้ว 1 ปี 1 ชุด
- จดหมายรับรอง 3 ฉบับ (จากโรงพยาบาลที่ทำการอบรม 1-2 ฉบับ, จากประสบการณ์ทำงาน 1-2 ฉบับ)
- คะแนนภาษาอังกฤษ MU Gard plus IELTS หรือ TOEFL
- คลิปแนะนำตัว ไม่เกิน 3 นาที ส่งมาที่ E-mail:skin1465@hotmail.com

หมายเหตุ: หากเอกสารไม่ครบตามที่ระบุ จะไม่ทำการเรียกสัมภาษณ์