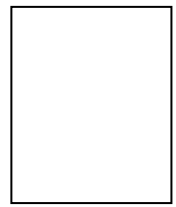


ใบสมัครแพทย์
Research Fellow
สาขาวิชาโรคผิวหนัง ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



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

1. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาแล้วในระดับปริญญา พ.บ. โดยได้ระดับคะแนนเฉลี่ยสะสมไม่ต่ำกว่า 2.50
2. ไม่มีภาระปฏิบัติงานใช้ทุน และผ่านการเพิ่มพูนทักษะแล้ว 1 ปี

หลักฐานที่ต้องแนบมาด้วย

1. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
2. สำเนาใบประกอบโรคศิลป์, สำเนาใบปริญญาบัตร, สำเนา Transcript จำนวน 1 ชุด
3. ประวัติการทำงาน, ผลงานทางวิชาการ, งานบริการชุมชน จำนวน 1 ชุด
4. หลักฐานการผ่านการเพิ่มพูนทักษะแล้ว 1 ปี 1 ชุด
5. จดหมายรับรอง 3 ฉบับ (จากโรงเรียนแพทย์ที่จบการอบรม 1-2 ฉบับ, จากประสบการณ์ทำงาน 1-2 ฉบับ)
6. คลิปแนะนำตัว ไม่เกิน 3 นาที ส่งมาที่ E-mail: skin1465@hotmail.com

สถานที่ติดต่อ/จัดส่งเอกสาร : คุณณัฐณิชา มาลัย ที่สำนักงานธุรการสาขาวิชาโรคผิวหนัง อาคาร 1 ชั้น2

โทรศัพท์ 02-201-1211 E-mail : skin1465@hotmail.com