

รูป

ใบสมัครการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขา
ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/ ฝ้ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย

ข้อเสนอแนะในการกรอกใบสมัคร: ควรเขียนด้วยตัวบรรจง อ่านง่าย หรือ พิมพ์

วันที่สมัคร _____ ปีที่พร้อมที่จะฝึกอบรม _____

ชื่อ-นามสกุล _____ อายุถึงวันสมัคร _____

วัน เดือน ปี เกิด _____ เกิดที่อำเภอ _____ จังหวัด _____

เลขประจำตัวบัตรประชาชน _____

ออก ณ สำนักงาน _____ เมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก _____

เบอร์โทรติดต่อ _____

E-mail address _____

Premedical education (เฉพาะมัธยมปลาย)

สถาบัน

ระยะเวลา

Medical education

สถาบัน

ระยะเวลา

Postgraduate training

ตำแหน่ง-สาขา

สถาบัน

ระยะเวลา

ขอสมัครเพื่อเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมต่อยอดเฉพาะทางในอนุสาขา _____

คุณเคยมีปัญหาการสุขภาพเจ็บป่วยรุนแรงที่มีผลกระทบต่อเวชปฏิบัติหรือไม่? _____

ความสามารถพิเศษ _____

คุณเคยผ่านการฝึกฝนหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับงาน research หรือไม่? _____

สถาบันอื่นที่คุณยื่นใบสมัคร _____

ความสามารถทางด้านภาษาอังกฤษ _____ ดีมาก _____ ดี _____ พอใช้

ความสามารถทางด้านคอมพิวเตอร์ _____ ดีมาก _____ ดี _____ พอใช้

รายชื่อบุคคลที่แนะนำคุณ

ชื่อ-นามสกุล

ที่อยู่

เบอร์โทรศัพท์

(ลายมือชื่อ) _____ ผู้สมัคร
(_____)