



ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

ใบสมัคร Fellowship Training

- โรคข้อและรูมาติสซั่ม
- เวชบำบัดวิกฤต
- โรคพันธุกรรม
- วัยรุ่น
- หัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด

ติดรูปถ่าย

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่ติดต่อได้ทันที) โทรศัพท์

เลขที่ หมู่ ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

วุฒิและการปฏิบัติงาน

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิตจาก เมื่อ พ.ศ.

วุฒิอย่างอื่น (ถ้ามี)

ประวัติการอบรมศึกษา, ปฏิบัติงานหรือดูงาน (เรียงตามลำดับปี) ดังนี้

สถาบัน	ตำแหน่ง	ปี พ.ศ.
1.
2.
3.
4.
5.

ขณะที่สมัคร กำลังปฏิบัติงานในตำแหน่ง ปีที่

ระดับ อัตราเงินเดือนครั้งสุดท้าย บาท

ผู้รับรองอย่างน้อย 2 ท่าน (ผู้บังคับบัญชา หรือ ผู้ที่เคยให้การฝึกอบรม)

1. ชื่อ ตำแหน่ง

ที่อยู่ โทรศัพท์

2. ชื่อ ตำแหน่ง

ที่อยู่ โทรศัพท์

3. ชื่อ ตำแหน่ง

ที่อยู่ โทรศัพท์

