



ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

ใบสมัคร Fellowship Training

- โรคข้อและรูมาติสซั่ม
- เวชบำบัดวิกฤต
- โรคพันธุกรรม
- วัยรุ่น
- หัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด

ติดรูปถ่าย

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่ติดต่อดีทันที) 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

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็น Fellow ในสาขาวิชา ภาควิชา
สถาบัน
ระยะเวลาฝึกอบรม ปี ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
ต้นสังกัดที่ส่งเข้าฝึกอบรม

หลักฐานที่ต้องการเพื่อประกอบการพิจารณา

- สำเนาหนังสืออนุมัติฯ หรือวุฒิบัตรฯ หรือหนังสือรับรองการฝึกอบรมสาขากุมารเวชศาสตร์
- หนังสืออนุมัติจากผู้บังคับบัญชา (ต้นสังกัด) ***
- สำเนาหนังสืออนุมัติฯ หรือวุฒิบัตรฯ หรือหนังสือรับรองการฝึกอบรม สาขากุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ หรือโรคหัวใจหรือกุมารเวชศาสตร์วิสัญญี (กรณีที่มี) เฉพาะหลักสูตรต่อยอดเวชบำบัดวิกฤต
- สำเนาหนังสืออนุมัติฯ หรือวุฒิบัตรฯ หรือหนังสือรับรองการฝึกอบรม สาขากุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ (เฉพาะหลักสูตรต่อยอดด้านหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด)
- รูปถ่าย 1 นิ้ว 3 รูป

(หลักฐานทั้งหมดถ่ายสำเนาอย่างละ 3 ชุด)

(*** ระบุว่าต้นสังกัดอนุมัติการจ่ายเงินเดือนด้วยหรือไม่)

ลงชื่อ
(.....)
..... / /

หมายเหตุ

1. ยื่นแบบคำขอและเอกสารหลักฐาน 3 ชุด พร้อมชำระค่าธรรมเนียม จำนวน 1,400 บาท เข้าบัญชี “ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย” ธนาคารกรุงไทย สาขานนเพชรบุรีตัดใหม่ บัญชีเลขที่ 041-1-25163-5 ได้ที่ ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 9 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 716-6200-1
2. หมดเขตรับสมัคร ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2563