



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน (แผน ก.)  
ประจำปีการฝึกอบรม 2567 รอบที่ 2  
ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ที่ติดรูปถ่าย  
ขนาด 2 นิ้ว

สาขา ...../ อนุสาขา .....

ให้กรอกข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง และจัดเตรียมเอกสารประกอบตามที่ระบุไว้ด้วย  
เครื่องหมาย  เอกสารที่แนบหากเป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

ก. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร  นายแพทย์  แพทย์หญิง  อื่น ๆ .....

ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_

วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

**หลักฐานที่ผู้สมัครต้องส่ง**

- (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- (2) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล / ใบทะเบียนสมรส (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล)
- (3) ระเบียบแสดงผลการศึกษา
- (4) หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล (CV.)
- (5) ประกาศนียบัตรการเพิ่มพูนทักษะจากแพทยสภา
- (6) หนังสือแสดงเจตจำนง (statement of purpose)
- (7) หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัคร

**ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว**

เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

ตำบล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**ค. สาขาและสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการเลือกสมัคร (เลือกได้หนึ่งสาขา อนุสาขาหนึ่งสถาบันเท่านั้น)**

สาขาจิตเวชศาสตร์

(ลำดับที่ 1)

สถาบันฝึกอบรม \_\_\_\_\_

(ลำดับที่ 2)

สถาบันฝึกอบรม \_\_\_\_\_

สาขาจิตเวชศาสตร์การเสพติด

สถาบันฝึกอบรม \_\_\_\_\_

อนุสาขาจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

สถาบันฝึกอบรม \_\_\_\_\_

(ลำดับที่ 1)

สถาบันฝึกอบรม \_\_\_\_\_

(ลำดับที่ 2)

สถาบันฝึกอบรม \_\_\_\_\_

**ง. คุณวุฒิทางการศึกษา**

ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี \_\_\_\_\_

ปีพ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา \_\_\_\_ เกรดเฉลี่ย \_\_\_\_\_

**จ. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน**

\* ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ (ไม่นับปีฝึกอบรม2563)  ไม่เคย  เคย  
เหตุผล \_\_\_\_\_ ปี พ.ศ. ที่สมัคร \_\_\_\_\_

\* ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่

ไม่เคย

เคย

สาขา \_\_\_\_\_ เมื่อ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ถึง \_\_\_\_\_

**ฉ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน**

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

\*โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล \_\_\_\_\_

ตั้งแต่เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ถึง เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

\* ภาระการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)

มี ปฏิบัติมาแล้ว \_\_\_\_\_ ปี

ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี

ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

\* ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา \_\_\_\_\_ ปี นับจนถึงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

\* สถานที่ทำงานปัจจุบัน

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)

1. ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

2. ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

**ช. สิทธิ์ในการสมัคร**

ไม่มีต้นสังกัด

มีต้นสังกัด (ชื่อต้นสังกัด \_\_\_\_\_ ตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด \_\_\_\_\_)

**หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาที่ใช้สิทธิ์ต้นสังกัดต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้**

(8) หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก

**ช. เงินค่าสมัคร**

ยื่นใบสมัครพร้อมแนบเอกสารประกอบที่สถาบันฝึกอบรมที่ต้องการสมัครพร้อมชำระค่าสมัคร 1,400 บาท (หนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

ณ สถาบันฝึกอบรมที่ท่านยื่นใบสมัคร

รวมหลักฐานที่ผู้สมัครส่งพร้อมใบสมัครนี้  ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิ์ในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินการตามกฎหมาย

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ เมื่อท่านได้รับการคัดเลือกจากสถาบันแล้ว

ให้ไปกรอกใบสมัครแพทย์ประจำบ้านใน website : <https://tmc.or.th/tcgme/Pages/SelectTier>

ได้ตั้งแต่วันที่ 1-15 พฤษภาคม 2567 โดยเลือกสาขา / อนุสาขา และสถาบันฝึกอบรมตามที่ได้รับการคัดเลือก

แล้วพิมพ์ลงกระดาษเพื่อลงนามพร้อมติดรูปถ่ายแล้วนำส่งมายังสำนักงานเลขาธิการราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ภายในวันที่ 15 พฤษภาคม 2567