



ติดรูปถ่าย  
ขนาด 2 นิ้ว  
ภายใน 6 เดือน

**ใบสมัครเพื่อขอรับการพิจารณาเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม**

**ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชประเภทที่ 2**

**ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย**

1. คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
2. จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตปี พ.ศ.....สถาบัน.....
3. วุฒิการศึกษาสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาปี พ.ศ.....สถาบัน.....
4. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....
5. อาจารย์พิเศษด้านการผ่าตัดผ่านกล้อง  ไม่เป็น  เป็น โรงพยาบาล/สถาบัน .....
6. ประสบการณ์ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นแพทย์ผู้ผ่าตัด (First surgeon) ระยะเวลา.....ปี
  - 6.1 สถานที่ปฏิบัติงาน.....ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....  
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชของสถาบันจำนวนราย.....ต่อปี
  - 6.2 สถานที่ปฏิบัติงาน.....ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....  
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชของสถาบันจำนวนราย.....ต่อปี
  - 6.3 สถานที่ปฏิบัติงาน.....ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....  
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชของสถาบันจำนวนราย.....ต่อปี
7. ประสบการณ์ฝึกอบรมและดูงานด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช  มี  ไม่มี พร้อมแนบสำเนาเอกสารประกอบ  
สถาบันที่ฝึกอบรม.....ระยะเวลาฝึกอบรม ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
8. จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดผ่านกล้องในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (.....ถึง.....) จำนวน.....ราย
 

Laparoscopic hysterectomy	.....ราย	Laparoscopic myomectomy	.....ราย
Laparoscopic ovarian cystectomy/SO	.....ราย	Operative hysteroscopy	.....ราย
อื่นๆ ระบุ.....	.....ราย		
9. เคยเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชในประเทศในรอบ 5 ปี  ไม่มี  มี จำนวน.....ครั้ง
10. เคยเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชในระดับนานาชาติในรอบ 5 ปี  ไม่มี  มี จำนวน.....ครั้ง
11. เบอร์โทรติดต่อ มือถือ.....ที่บ้าน.....ที่ทำงาน.....  
อีเมล.....
12. การชำระเงิน ค่าใบสมัครสอบ 100 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน) ค่าสมัครสอบ 15,000 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ส่งใบสมัครพร้อมส่งหลักฐานการชำระเงินมายังราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย **ตั้งรายละเอียดด้านล่างใบสมัคร**

- หมายเหตุ**
1. หากมีเอกสารการเข้ารับการฝึกอบรม หรือการเข้าร่วมประชุมวิชาการต่างๆ เช่น ประกาศนียบัตร ฯลฯ กรุณาแนบสำเนามาพร้อมใบสมัคร
  2. ส่ง log book 5 ปีย้อนหลัง พร้อมคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาหรือเทียบเท่า

ลงชื่อผู้สมัคร.....  
(.....)

ลงชื่อผู้รับรอง.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้บังคับบัญชา หรือเทียบเท่า)

วันที่.....

ใบสมัครเพื่อขอรับการพิจารณา จะสมบูรณ์ **เมื่อได้รับ** 1.ใบสมัคร 2.หลักฐานการสมัครทั้งหมด 3.หลักฐานการโอนค่าสมัคร

**ที่ชื่อบัญชี** ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย **ธนาคารกรุงไทย/สาขาเพชรบุรีตัดใหม่ เลขที่บัญชี** 041-0-11737-4

**ที่อยู่** คณะอนุกรรมการฯ ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310