



# ราชวิทยาลัยสุรินทร์แพทย์แห่งประเทศไทย

สำนักงานเลขาธิการ: ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์: 716-5721-22, 25 โทรสาร: 716-5720

Web site: <http://www.rtcog.or.th> E-mail: [pr\\_rtcog@rtcog.or.th](mailto:pr_rtcog@rtcog.or.th) and [sc\\_rtcog@rtcog.or.th](mailto:sc_rtcog@rtcog.or.th)

เลขที่.....

## ใบสมัครสอบ

เพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ

ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

สาขาสุนัขศาสตร์และนรีเวชวิทยา

ติดรูป

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

- นามผู้ขอ (ภาษาไทย) (นาย,นาง,นางสาว) .....นามสกุล.....

(ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์) .....

นามสกุลเดิม ..... เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....สัญชาติ..... อายุ .....

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

- ภูมิลำเนา เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์.....

- ที่อยู่ปัจจุบัน **ที่สามารถติดต่อได้ทันที** ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงหลังจากยื่นคำขอต้องแจ้งที่อยู่ใหม่ที่

ราชวิทยาลัยสุรินทร์แพทย์แห่งประเทศไทย **โดยด่วน**

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

มือถือ ..... E-mail:.....

- สมัครสอบเพื่อ

[ ] หนังสืออนุมัติฯ

[ ] วุฒิบัตรฯ

**- คุณสมบัติ**

- [ ] เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ .....
- [ ] ผ่านการอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้าน สาขาสุนัขศาสตร์และนรีเวชวิทยา จากสถาบัน .....  
..... ตั้งแต่เดือน ..... พ.ศ..... ถึงเดือน ..... พ.ศ.....
- [ ] ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม จากต่างประเทศ  
สาขาสุนัขศาสตร์และนรีเวชวิทยา จากประเทศ ..... พ.ศ.....  
และปฏิบัติงานในสาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยาในประเทศไทย ตั้งแต่เดือน ..... พ.ศ.....  
ถึงเดือน ..... พ.ศ.....
- [ ] ผ่านการอบรมตามโครงการแพทย์เฉพาะทางของแพทยสภา (สถาบันจากต่างจังหวัดร่วมกับ  
สถาบันฝึกอบรมที่แพทยสภารับรอง) ระหว่างโรงพยาบาล .....  
และโรงพยาบาล ..... ตั้งแต่เดือน ..... พ.ศ.....  
ถึงเดือน ..... พ.ศ.....
- [ ] ปฏิบัติงานในสถานบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคของทางราชการหรือ  
สภาวิชาชีพไทย ไม่น้อยกว่า 42 เดือน โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานในสาขาสุนัขศาสตร์และนรีเวชวิทยา  
เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 36 เดือน
- [ ] ปฏิบัติงานสาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี
- [ ] อื่น ๆ .....

**ประวัติการศึกษา การปฏิบัติงาน และการฝึกอบรม**

จบแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อ พ.ศ..... จากสถาบัน .....  
แพทย์ฝึกหัดที่ ..... ตั้งแต่ ..... ถึง .....

**การปฏิบัติงานหลังจากได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม**

โรงพยาบาล	ตำแหน่ง	ตั้งแต่	ถึง
-	.....	.....	.....
-	.....	.....	.....
-	.....	.....	.....

**การฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง**

โรงพยาบาล	ตำแหน่ง	ตั้งแต่	ถึง
-	.....	.....	.....
-	.....	.....	.....
-	.....	.....	.....
-	.....	.....	.....

## และได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาพร้อมคำขอนี้

- สำเนาปริญญาบัตร แพทยศาสตรบัณฑิต
- สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- สำเนาประกาศนียบัตรแพทย์ประจำบ้าน หรือ โครงการแพทย์เฉพาะทาง หรือหนังสือรับรองว่าได้ผ่านการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ใช้ทุน
  - ปีที่ 1                       ปีที่ 2                       ปีที่ 3                       ปีที่ 4
  - ใบรับรองจากสถาบันฝึกอบรมว่าจะครบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 ก่อนวันสอบ
- สำเนาประกาศนียบัตรการสอบวิชาความรู้รากฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Basic Science) ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
- ใบรับรองความประพฤติ จากผู้รับผิดชอบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน หรือหัวหน้าสถานบริการทางการแพทย์สาธารณสุข (เฉพาะผู้สมัครสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ)
- รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 3 รูป
- สำเนาหลักฐานต่าง ๆ ที่ได้รับการอบรมจากในประเทศหรือต่างประเทศ จำนวน ..... ฉบับ
- หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชา ว่าปฏิบัติงานในสถานบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของทางราชการหรือสภากาชาดไทย ในสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โดยระยะเวลาปฏิบัติราชการ
- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล
- อื่น ๆ .....

## สถานที่ปฏิบัติงานหลังจากจบการฝึกอบรมหรือได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ แล้ว

- กำลังอยู่ในระหว่างสมัครงาน
  - โรงพยาบาล ..... ตำบล .....
  - อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....
  - อื่น ๆ .....
- ลงนาม .....
- (.....)

## หมายเหตุ

1. ค่าสมัครสอบ จำนวน 15,000 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน)  
โอนเข้าบัญชี : ราชวิทยาลัยสูติฯ เพื่อฝึกอบรมและสอบฯ  
บัญชีออมทรัพย์ : เลขที่ 041-1-28592-0 ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่
2. แนบหลักฐานการโอนเงินส่งมาพร้อมใบสมัครสอบ ภายในวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2563 ที่  
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี  
ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร 10310  
โทรศัพท์: 0-2716-5721-22, 25 โทรสาร: 0-2716-5720