



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

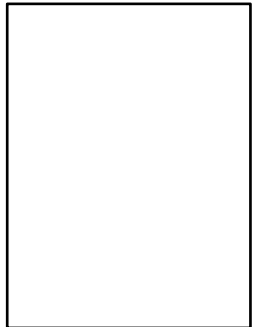
THE ROYAL THAI COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

สำนักงานเลขาธิการ: ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ ๒ ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง

กรุงเทพฯ ๑๐๓๑๐ โทรศัพท์: ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๑ - ๒๒, ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๔ โทรสาร: ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๐

Website: <http://www.rtcog.or.th> E-mail: pr_rtcog@rtcog.or.th and sc_rtcog@rtcog.or.th

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช



เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

นามผู้สมัคร นพ. / พญ.....อายุ.....ปี

งานและหน้าที่ปัจจุบัน.....
.....
.....

ต้นสังกัด.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

สถาบันที่ต้องการรับการฝึกอบรม (1).....(2).....

ลงชื่อ.....

(.....)

หลักฐาน/...

หลักฐานประกอบ

1. สำเนาใบอนุญาตผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
2. สำเนาหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาสูติ-นรีเวชวิทยา
3. สำเนาใบปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต
4. สำเนาบัตรประชาชน
5. ใบรับรองความประพฤติจากหน่วยงานต้นสังกัดหรือสถานที่เคยปฏิบัติงาน
6. รูปถ่ายภายในระยะเวลา 6 เดือน ขนาด 2x2 นิ้ว จำนวน 2 รูป
7. หลักฐานการโอนเงินค่าสมัคร

**** ขอใบสมัครและหลักฐานการสมัครทั้งหมด จำนวน 3 ชุด ****

หมายเหตุ

1. สมัครที่สำนักงานเลขาธิการราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
2. เมื่อฝึกอบรมครบแล้วทางสถาบันเป็นผู้มีสิทธิในการส่งเข้าสอบเพื่อประกาศนียบัตรฯ
3. เอกสารหลักฐานประกอบให้ลงชื่อรับรองทุกฉบับ
4. ค่าสมัคร 1,400 บาท (หนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

โอนเข้าบัญชี : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

เลขที่บัญชี : 041-1-28543-2

ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่