



ติดรูปถ่าย
ขนาด 2 นิ้ว
ภายใน 6 เดือน

ใบสมัครเพื่อขอรับการพิจารณาเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชประเภทที่ 3

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

1. คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
(ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษตัวบรรจง).....
2. จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตปี พ.ศ.....สถาบัน.....
3. วุฒิการศึกษาสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาปี พ.ศ.....สถาบัน.....
4. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....
5. ประสบการณ์ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นแพทย์ผู้ผ่าตัด (First surgeon) ระยะเวลา.....ปี
 - 5.1 สถานที่ปฏิบัติงาน.....ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
จำนวนผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชของสถาบันจำนวนราย.....ต่อปี
 - 5.2 สถานที่ปฏิบัติงาน.....ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
จำนวนผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชของสถาบันจำนวนราย.....ต่อปี
 - 5.3 สถานที่ปฏิบัติงาน.....ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
จำนวนผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชของสถาบันจำนวนราย.....ต่อปี
6. ประสบการณ์ฝึกอบรมและดูงานด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช มี ไม่มี พร้อมแนบสำเนาเอกสารประกอบ
สถาบันที่ฝึกอบรม.....ระยะเวลาฝึกอบรม ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
7. เคยเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชในประเทศในรอบ 5 ปี ไม่มี มี จำนวน.....ครั้ง
8. เคยเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชในระดับนานาชาติในรอบ 5 ปี ไม่มี มี จำนวน.....ครั้ง
9. เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....ที่บ้าน.....ที่ทำงาน.....
อีเมล.....
10. **การชำระเงิน** ค่าสมัครสอบ 15,000 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ส่งใบสมัครพร้อมส่งหลักฐานการชำระเงินมายังราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์
แห่งประเทศไทย **ตั้งรายละเอียดด้านล่างใบสมัคร**

- หมายเหตุ**
1. หากมีเอกสารการเข้ารับการฝึกอบรม หรือการเข้าร่วมประชุมวิชาการต่างๆ เช่น ประกาศนียบัตร ฯลฯ กรุณานำมาพร้อมใบสมัคร
 2. ส่ง logbook 1 ปี ย้อนหลัง (สำหรับผู้ผ่านการฝึกอบรมอย่างน้อย 1 ปี จากสถาบันที่อนุกรรมการฯ รับรอง) หรือ 3 ปีย้อนหลัง
(สำหรับผู้ไม่เข้าเกณฑ์ข้างต้น) พร้อมคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาหรือเทียบเท่า
 3. กรุณานำหลักฐานการสร้างองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งได้รับการเผยแพร่ (รายละเอียดตามประกาศรับสมัครสอบเพื่อประกาศนียบัตรฯ ด้านการผ่าตัดผ่านกล้อง
ทางนรีเวช ประเภทที่ 3)

ลงชื่อผู้สมัคร.....
(.....)

ลงชื่อผู้รับรอง.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้บังคับบัญชา หรือเทียบเท่า)

วันที่.....

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

ชื่อบัญชี ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ธนาคารกรุงไทย/สาขาเพชรบุรีตัดใหม่ เลขที่บัญชี 041-1-28543-2

ที่อยู่ คณะอนุกรรมการฯ ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310