



แบบฟอร์มการเสนอชื่อสูตินรีแพทย์ดีเด่นของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย  
ประจำปี ๒๕๖๖

๑. ข้อมูลของผู้ถูกเสนอชื่อสูตินรีแพทย์ดีเด่น

ชื่อ-สกุล .....อายุ.....ปี

เพื่อรับรางวัลสูตินรีแพทย์ดีเด่นประเภท

- สูตินรีแพทย์ดีเด่น (เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป ในวันตัดสินให้รางวัลสูตินรีแพทย์ดีเด่น)
- ยุวสูตินรีแพทย์ดีเด่น (เป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ๔๐ ปี ในวันตัดสินให้รางวัลสูตินรีแพทย์ดีเด่น)

ตำแหน่ง / หน้าที่ และสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล/หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ .....

E-mail address : .....

ประวัติการทำงานที่สำคัญ

๑. ....

๒. ....

๓. ....

๔. ....

๕. ....

๖. ....

**๗. จุดเด่นของแพทย์ผู้ได้รับการเสนอชื่อ และผลงานที่เป็นที่ประจักษ์ พร้อมเหตุผลสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๓. ผู้เสนอ

- สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยประเภทสามัญ
- สถาบันฝึกอบรม
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล ผู้เสนอ.....

ตำแหน่ง .....

โรงพยาบาล/หน่วยงาน.....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ

.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ .....

E-mail address: .....

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้เสนอ.....

(.....)

วัน.....เดือน.....ปี.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้พร้อมแนบประวัติส่วนตัว (CV) ของแพทย์ผู้ได้รับการเสนอชื่อ

**กรุณาส่งกลับไป:** สำนักงานเลขาธิการ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ ๒ ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ ๑๐๓๑๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๗๑๖ ๕๗๑๑-๒, ๐-๒๗๑๖ ๕๗๒๕ โทรสาร : ๐-๒๗๑๖ ๕๗๒๐

E-mail address : pr\_rtcog@rtcog.or.th และ sc\_rtcog@rtcog.or.th

ภายในวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๖