



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 and sc_rtcog@rtcog.or.th

เลขที่.....

ใบสมัครสอบ

เพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ

ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

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 2 รูป (1 รูปติดใบสมัครสอบและอีก 1 รูปใส่ซองใส่เพื่อไว้ติดบัตรสอบ)
- สำเนาหลักฐานต่าง ๆ ที่ได้รับการอบรมจากในประเทศหรือต่างประเทศ จำนวน ฉบับ
- หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชา ว่าปฏิบัติงานในสถานบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของทางราชการหรือสภากาชาดไทย ในสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โดยระยะเวลาปฏิบัติงานราชการ
- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล
- อื่น ๆ

สถานที่ปฏิบัติงานหลังจากจบการฝึกอบรมหรือได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ แล้ว

- กำลังอยู่ในระหว่างสมัครงาน
- โรงพยาบาล ตำบล
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....
- อื่น ๆ

ลงนาม

(.....)

หมายเหตุ

1. ค่าสมัครสอบ จำนวน 18,000 บาท และค่าหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรฯ จำนวน 600 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 18,600 บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันหกร้อยบาทถ้วน)
(กรณีสอบไม่ผ่านทางแพทย์สภาจะคืนค่าหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรฯ จำนวน 600 บาท)
โอนเข้าบัญชี : ราชวิทยาลัยสูติฯ เพื่อฝึกอบรมและสอบฯ
บัญชีออมทรัพย์ : เลขที่ 041-1-28592-0 ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่
2. แนบหลักฐานการโอนเงินส่งมาพร้อมใบสมัครสอบ ภายในวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2566 ที่
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี
ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร 10310
โทรศัพท์: 0-2716-5721 โทรสาร: 0-2716-5720