



ติดรูปถ่าย
ขนาด 2 นิ้ว
ภายใน 6 เดือน

ใบสมัครเพื่อขอรับการพิจารณาเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชประเภทที่ 2

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

1. คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
(ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษตัวบรรจง).....
2. จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตปี พ.ศ.....สถาบัน.....
3. วุฒิการศึกษาสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาปี พ.ศ.....สถาบัน.....
4. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....
5. อาจารย์พิเศษด้านการผ่าตัดผ่านกล้อง ไม่เป็น เป็น โรงพยาบาล/สถาบัน
6. ประสบการณ์ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นแพทย์ผู้ผ่าตัด (First surgeon) ระยะเวลา.....ปี
 - 6.1 สถานที่ปฏิบัติงาน.....ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชของสถาบันจำนวนราย.....ต่อปี
 - 6.2 สถานที่ปฏิบัติงาน.....ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชของสถาบันจำนวนราย.....ต่อปี
 - 6.3 สถานที่ปฏิบัติงาน.....ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชของสถาบันจำนวนราย.....ต่อปี
7. ประสบการณ์ฝึกอบรมและดูงานด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช มี ไม่มี พร้อมแนบสำเนาเอกสารประกอบ
สถาบันที่ฝึกอบรม.....ระยะเวลาฝึกอบรม ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
8. เคยเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชในประเทศในรอบ 5 ปี ไม่มี มี จำนวน.....ครั้ง
9. เคยเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชในระดับนานาชาติในรอบ 5 ปี ไม่มี มี จำนวน.....ครั้ง
10. เบอร์โทรติดต่อ มือถือ.....ที่บ้าน.....ที่ทำงาน.....
อีเมล.....
11. การชำระเงิน ค่าสมัครสอบ 15,000 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ส่งใบสมัครพร้อมส่งหลักฐานการชำระเงินมายังราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์
แห่งประเทศไทย **ตั้งรายละเอียดด้านล่างใบสมัคร**

หมายเหตุ 1.หากมีเอกสารการนำเสนอในการประชุม เข้าร่วมการฝึกอบรม หรือการเข้าร่วมประชุมวิชาการต่างๆ เช่น ประกาศนียบัตร ฯลฯ กรุณานำ
สำเนาพร้อมเล่ม logbook
2.ส่ง logbook 5 ปีย้อนหลัง พร้อมคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาหรือเทียบเท่า

ลงชื่อผู้สมัคร.....
(.....)

ลงชื่อผู้รับรอง.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้บังคับบัญชา หรือเทียบเท่า)

วันที่.....

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

ที่ชื่อบัญชี ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย **ธนาคารกรุงไทย/สาขาเพชรบุรีตัดใหม่ เลขที่บัญชี** 041-1-28592-0

ที่อยู่ คณะอนุกรรมการฯ ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี
เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัยถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310