



ติดรูปถ่าย  
ขนาด 2 นิ้ว  
ภายใน 6 เดือน

**แบบยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตรในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม**

**ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช**

**ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย**

1. คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
(ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ใหญ่) .....
2. วุฒิการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตปี พ.ศ.....สถาบัน.....
3. วุฒิการศึกษาสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาปี พ.ศ.....สถาบัน.....
4. วุฒิการศึกษาต่อยอดสาขา (ถ้ามี) .....ปี พ.ศ.....  
สถาบัน.....
5. ได้รับประกาศนียบัตรในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช ปี พ.ศ..... (แนบสำเนา)
6. สถานที่ปฏิบัติงานหลักปัจจุบัน.....
7. อาจารย์พิเศษด้านการผ่าตัดผ่านกล้อง  ไม่เป็น  เป็น โรงพยาบาล/สถาบัน .....
8. ประสบการณ์ด้านการผ่าตัดผ่านกล้อง ที่เป็นแพทย์ผู้ผ่าตัดหลัก ระยะเวลาย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ..... (แนบ logbook)
  - 8.1. สถานที่ปฏิบัติงาน.....ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....  
จำนวนผู้ป่วยที่ได้ทำการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช จำนวน.....รายต่อปี
  - 8.2. สถานที่ปฏิบัติงาน.....ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....  
จำนวนผู้ป่วยที่ได้ทำการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช จำนวน.....รายต่อปี
  - 8.3. สถานที่ปฏิบัติงาน .....ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....  
จำนวนผู้ป่วยที่ได้ทำการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช จำนวน.....รายต่อปี
9. คะแนนการศึกษาต่อเนื่อง (CME) ด้านผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช จำนวน.....หน่วยกิต/5 ปี (แนบหลักฐาน)
10. เคยเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชในรอบ 5 ปี  ไม่มี  มี จำนวน.....ครั้ง (แนบหลักฐาน)
11. เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....ที่บ้าน.....ที่ทำงาน.....  
อีเมล.....
12. ค่าสมัครขอต่ออายุ 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ลงชื่อผู้สมัคร.....  
(.....)

ลงชื่อผู้รับรอง.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
(ผู้บังคับบัญชาหรือเทียบเท่าของสถาบันหลัก)  
วันที่.....

- หมายเหตุ**
1. แพทย์ผู้ผ่าตัดหลัก หมายถึง มีทักษะระดับ 5 ตามเกณฑ์หลักสูตรประกาศนียบัตรการผ่าตัดผ่านกล้องฯ ปี พ.ศ. 2566
  2. การขอต่ออายุประกาศนียบัตรฯ จะสมบูรณ์ เมื่อราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย **ได้รับ**
    - 2.1 แบบยื่นคำขอฯ
    - 2.2 Logbook 5 ปีย้อนหลัง พร้อมการรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือเทียบเท่า ในสถาบันที่ปฏิบัติงานหลัก
    - 2.3 หลักฐานคะแนน CME หรือหลักฐานการเข้าร่วมประชุมวิชาการฯ เช่น ประกาศนียบัตร หนังสือขอบคุณวิทยากร ฯลฯ
    - 2.4 สำเนาประกาศนียบัตรฯ
    - 2.5 หลักฐานการชำระค่าสมัคร

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

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