



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
THE ROYAL THAI COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

ใบสมัครสอบ

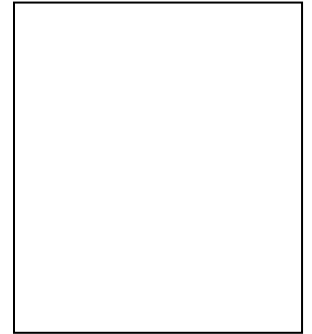
เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
อนุสาขามะเร็งวิทยานรีเวช

เลขที่

เลขที่สมาชิกของราชวิทยาลัยฯ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ชื่อผู้สมัคร (ภาษาไทย)นายแพทย์,แพทย์หญิง.....อายุ.....ปี
(ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์).....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมายเลขบัตรประชาชน ---

สัญชาติ.....สถานภาพ.....ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (บ้าน).....มือถือ.....

โทรสาร.....E-mail.....

ประวัติการศึกษา การปฏิบัติงาน และการฝึกอบรม

จบแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อ พ.ศ.....จากสถาบัน.....

แพทย์ฝึกหัดที่.....ตั้งแต่.....ถึง.....

การปฏิบัติงานหลังจากได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

โรงพยาบาล	ตำแหน่ง	ตั้งแต่	ถึง
-----------	---------	---------	-----

.....

การฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง

โรงพยาบาล	ตำแหน่ง	ตั้งแต่	ถึง
-----------	---------	---------	-----

.....

ปฏิบัติงานฝึกอบรมอนุสาขามะเร็งวิทยานรีเวช ตั้งแต่ปี พ.ศ.....โรงพยาบาล.....
ใบประกอบโรคศิลป์วิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....
และได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาพร้อมคำขอนี้

- [] ใบสมัครสอบฯ จำนวน ๑ ชุด
- [] หนังสือรับรองจากสถาบันฝึกอบรมที่แพทยสภารับรอง แสดงว่าสำเร็จการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน
อนุสาขามะเร็งวิทยานรีเวช หรือกำลังได้รับการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ ๒ ในหลักสูตรแพทย์
ประจำบ้าน อนุสาขามะเร็งวิทยานรีเวช ของแพทยสภา จำนวน ๒ ชุด
- [] สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน ๒ ชุด
- [] สำเนาใบวุฒิบัตรฯ หรือหนังสืออนุมัติฯ สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จำนวน ๒ ชุด
- [] รูปถ่ายภายในระยะเวลา ๒ ปี ขนาด ๒x๒ นิ้ว จำนวน ๓ รูป
- [] สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๒ ชุด
- [] สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๒ ชุด
- [] สำเนาการเปลี่ยนแปลงชื่อและนามสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๒ ชุด
- [] หนังสือรับรองความประพฤติจากสถาบันฝึกอบรมที่แพทยสภารับรอง

ข้าพเจ้าขอสมัครสอบเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขามะเร็งวิทยา
นรีเวช ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นและเอกสารที่ยื่นในวันนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อผู้ขอ.....

วันที่.....ยื่นใบสมัคร

หมายเหตุ ๑. สำเนาใบสมัคร ๑ ชุด

๒. ค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบจำนวนเงิน ๒๒,๖๐๐ บาท (สองหมื่นสองพันหกร้อยบาทถ้วน)

โอนเข้าบัญชี : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

บัญชีออมทรัพย์ : เลขที่ ๐๔๑-๑-๒๘๕๙๒-๐

ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่

๓. ติดต่อยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานภายในวันที่ **๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗**

ที่สำนักงานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๒ โทรสาร : ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๐ E-mail : sc-rtcog@rtcog.or.th