

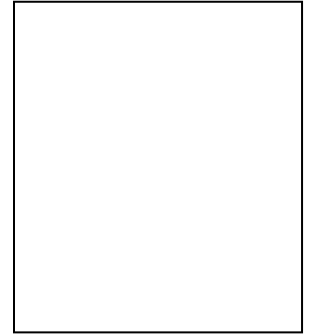


ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
THE ROYAL THAI COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

ใบสมัครสอบ

เพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช

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
-----------	---------	---------	-----

.....

.....

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

- [] ใบสมัครสอบฯ จำนวน ๑ ชุด
- [] หนังสือรับรองจากสถาบันฝึกอบรมที่แพทยสภารับรอง แสดงว่าสำเร็จหรือกำลังได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช ของแพทยสภา จำนวน ๒ ชุด โดยเป็นฉบับจริง ๑ ชุดและสำเนา ๑ ชุด
- [] สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน ๒ ชุด
- [] สำเนาใบวุฒิบัตรฯ หรือหนังสืออนุมัติฯ สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จำนวน ๒ ชุด
- [] รูปถ่ายภายในระยะเวลา ๖ เดือน ขนาด ๒ นิ้ว หรือ ๔x๖ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
- [] สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๒ ชุด
- [] สำเนาการเปลี่ยนแปลงชื่อและนามสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๒ ชุด
- [] หนังสือรับรองความประพฤติจากสถาบันฝึกอบรมที่แพทยสภารับรอง จำนวน ๒ ชุด โดยเป็นฉบับจริง ๑ ชุด และสำเนา ๑ ชุด

ข้าพเจ้าขอสมัครสอบเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นและเอกสารที่ยื่นในวันนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อผู้ขอ.....

(.....)

วันที่.....ยื่นใบสมัคร

หมายเหตุ ๑. สำเนาใบสมัคร ๑ ชุด

๒. เอกสารที่เป็นสำเนาให้เซ็นรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

๓. ค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบจำนวนเงิน ๑๕,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

โอนเข้าบัญชี : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

บัญชีออมทรัพย์ : เลขที่ ๐๔๑-๑-๒๘๕๙๒-๐

ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่

๔. ติดต่อยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐาน **ภายในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔**

ที่สำนักงานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๕ โทรสาร : ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๐ E-mail : migs.rtcog@gmail.com