



# ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

## THE ROYAL THAI COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

### ใบสมัครสอบ

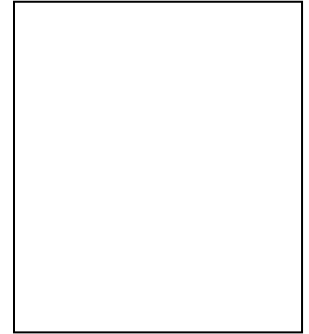
เพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม ด้านเวชศาสตร์ความงามและฟื้นฟูสภาวะความเสื่อมทางนรีเวช

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
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

ปฏิบัติงานฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ความงามและฟื้นฟูสภาวะความเสื่อมทางนรีเวชตั้งแต่ปีพ.ศ.....

โรงพยาบาล.....

ใบประกอบโรคศิลป์วิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....

และได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาพร้อมคำขอนี้

[ ] ใบสมัครสอบฯ จำนวน ๑ ชุด

[ ] หนังสือรับรองจากสถาบันฝึกอบรมที่แพทยสภารับรอง แสดงว่าสำเร็จหรือกำลังได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม ด้านเวชศาสตร์ความงามและฟื้นฟูสภาวะความเสื่อมทางนรีเวชของแพทยสภา จำนวน ๒ ชุด โดยเป็น ฉบับจริง 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 ชุดและสำเนา ๑ ชุด

ข้าพเจ้าขอสมัครสอบเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม ด้านเวชศาสตร์ความงามและฟื้นฟูสภาวะความเสื่อมทางนรีเวชของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย 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 ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙

ที่สำนักงานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๔ โทรสาร : ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๐ E-mail : aesthetic.2025.arg@gmail.com