

ใบสมัครแพทย์

Research Fellow

สาขาวิชาโรคผิวหนัง ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ชื่อ นพ. / พญ.(นามสกุลเดิม.....)

อายุ ปี วันเดือนปีเกิด สัญชาติ

LineID:.....Facebook.....Instagram.....

สถานภาพสมรส [] โสด [] แต่งงาน จำนวนบุตรและอายุ

ที่อยู่ : ที่บ้าน

ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์ที่บ้าน ที่ทำงาน

มือถือ E-Mail

ตัวแทนที่จะติดต่อได้สะดวก โทร

เกรดเฉลี่ยทั้ง 6 ปี (GPA) ปีที่จบปริญญา พ.บ. เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์

ชื่อสถาบันการศึกษา ประเทศ

จดหมายรับรองการทำงานจากผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์แพทย์ (ส่งที่หน่วยโรคผิวหนัง รพ.รามาธิบดี โดยตรง)

1.ชื่อ ตำแหน่ง

ที่อยู่.....

โทรศัพท์ มือถือ

2.ชื่อ ตำแหน่ง

ที่อยู่.....

โทรศัพท์ มือถือ

3.ชื่อ ตำแหน่ง

ที่อยู่.....

โทรศัพท์ มือถือ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่/...../.....

คุณสมบัติผู้สมัคร

1. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาแล้วในระดับปริญญา พ.บ. โดยได้ระดับคะแนนเฉลี่ยสะสมไม่ต่ำกว่า 2.50
2. ไม่มีภาระปฏิบัติงานใช้ทุน และผ่านการเพิ่มพูนทักษะแล้ว 1 ปี

หลักฐานที่ต้องแนบมาด้วย

1. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
2. สำเนาใบประกอบโรคศิลป์, สำเนาใบปริญญาบัตร, สำเนา Transcript จำนวน 1 ชุด
3. ประวัติการทำงาน, ผลงานทางวิชาการ, งานบริการชุมชน จำนวน 1 ชุด
4. หลักฐานการผ่านการเพิ่มพูนทักษะแล้ว 1 ปี 1 ชุด
5. จดหมายรับรอง 3 ฉบับ (จากโรงเรียนแพทย์ที่จบการอบรม 1-2 ฉบับ, จากประสบการณ์ทำงาน 1-2 ฉบับ)
6. คะแนนภาษาอังกฤษ MU Gard plus IELTS หรือ TOEFL
7. คลิปแนะนำตัว ไม่เกิน 3 นาที ส่งมาที่ E-mail:skin1465@hotmail.com

หมายเหตุ: หากเอกสารไม่ครบตามที่ระบุ จะไม่ทำการเรียกสัมภาษณ์