



รับวันที่...../...../.....  
เลขที่.....  
รหัสผู้สมัคร.....

รูปถ่ายขนาด  
1 นิ้ว

## ใบสมัครแพทย์ชั้นต้นสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ประจำปีการศึกษา 2561

### โครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

1. ชื่อ - สกุล..... เพศ ( ) หญิง ( ) ชาย  
เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... อายุ..... ปี สัญชาติ..... เข็มชาติ.....  
ศาสนา..... สถานภาพ ( ) สมรส ( ) โสด
2. ภูมิลำเนาบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
3. ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่สามารถติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว) โทรศัพท์..... มือถือ.....  
โทรสาร..... E-mail.....  
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
4. ปัจจุบันศึกษา..... แต้มเปลี่ยนสถานะบ้าน.....
5. 朗วัลการศึกษาและ/or การปฏิบัติงาน.....
6. ข้าพเจ้ามีงานอดิเรก ได้แก่.....
7. ข้าพเจ้าเล่นกีฬาตอนไหน.....
8. ข้าพเจ้าเคยร่วมกิจกรรมนอกหลักสูตรขณะเป็นนักศึกษา.....
  
  
9. รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า จำนวน 3 ท่าน
  - 9.1 ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....
  - 9.2 ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....
  - 9.3 ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....

10. ข้าพเจ้าขอสมัครเป็น  แพทย์ชั้น  แพทย์ประจำบ้าน  
สาขาวิชาศาสตร์ชุกเฉิน โครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ชุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. สาขาวิชาหรือสถาบันที่ได้ยื่นใบสมัครแพทย์ชั้น / แพทย์ประจำบ้าน เพิ่มเติม เรียงลำดับ
- 11.1 สาขาวิชา.....สถาบัน.....
- 11.2 สาขาวิชา.....สถาบัน.....
12. โครงการศึกษาต่อ  ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง  ไม่ศึกษาต่อ
13. คาดว่าจะฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขา.....  
ณ สถาบัน.....
14. รายละเอียดอื่นๆที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ชั้น / แพทย์ประจำบ้าน ปีที่ 1  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ).....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

**เอกสารประกอบการสมัครแพทย์ใช้ทุน  
โครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

1. ใบสมัคร (กรอกข้อมูลให้ชัดเจนครบถ้วน)
2. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน , ติดรูปที่มุ่งบันทึกของใบสมัคร 1 รูป)
3. สำเนาใบแสดงผลการเรียน (Transcript) จำนวน 1 ชุด
4. หนังสือรับรองสำเร็จการศึกษา
5. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ชุด
6. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด
7. หนังสือรับรอง / แนะนำผู้สมัคร จำนวน 3 ฉบับ (ผู้แนะนำ 3 ท่าน ยกเว้น อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน )
8. เอกสารที่เป็นสำเนา ให้เขียนว่า สำเนาถูกต้อง และลงชื่อกำกับทุกแผ่น
9. สมัครด้วยตนเอง/หรือส่งทางไปรษณีย์
10. ถ้ามีข้อมูลประกอบการสมัครที่ต้องการแสดงให้คณะกรรมการทราบ ให้พิมพ์ลงในกระดาษ A4 แนบท้ายใบสมัครได้

**ส่งถึง คุณศิริพร ขวัญเสน่ห์**

โครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ E-mail: p\_poo2525@hotmail.com  
โทรศัพท์ : 0 4336 6869 และโทรสาร. 0 4336 6870 (ในเวลาราชการ)  
มือถือ : 08 1729 6644