

ใบสมัครสอบเพื่อประเมินความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ขั้นตอนที่ 3 (Modified Essay Questions)

ประจำปีการศึกษา 2561 ครั้งที่

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปถ่าย
1 นิ้ว

1. รหัสประจำตัวนิสิต

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

ชั้นปีที่.....

2. ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....)

--

3. โทรศัพท์มือถือ..... E-mail :

4. สถาบัน

- ☐ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
- ☐ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
- ☐ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลอุตรดิตถ์
- ☐ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลแพร่
- ☐ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลพิจิตร
- ☐ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสารการสมัคร

(.....)

...../...../.....

หมายเหตุ : กรุณาระบุชื่อ - นามสกุล พร้อมเบอร์โทรศัพท์มือถือและ e-mail ให้ชัดเจน เพื่อความสะดวกในการติดต่อ และหากตรวจสอบพบว่าผู้สมัครสอบฯ มีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศ ถือว่าการสมัครสอบฯ ครั้งนี้เป็นโมฆะ