

ใบสมัครแพทย์ใช้ทุน  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปถ่าย 1 นิ้ว

เขียน .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

1. ชื่อ – สกุล ..... เพศ ( ) หญิง ( ) ชาย  
เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... เชื้อชาติ .....  
ศาสนา..... สถานภาพ ( ) สมรส ( ) โสด  
เป็นผู้จะสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย .....
2. ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว) โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....  
โทรสาร ..... E-mail .....  
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
4. ปัจจุบันศึกษาอยู่ระดับ ..... คะแนนเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) เมื่อจบชั้นปีที่ 5 .....  
ณ สถาบัน .....
5. รางวัลการศึกษาและ/หรือการปฏิบัติงาน .....
6. ข้าพเจ้ามีงานอดิเรกได้แก่ .....
7. ข้าพเจ้าเล่นกีฬาต่อไปนี้ .....
8. ข้าพเจ้าเคยร่วมในกิจกรรมนอกหลักสูตร ขณะเป็นนักศึกษา .....  
.....  
.....
9. รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า จำนวน 2 ท่าน (อาจารย์, เพื่อน)  
9.1 ชื่อ – นามสกุล ..... ตำแหน่ง .....  
โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail .....  
ที่อยู่ .....

9.2 ชื่อ – นามสกุล ..... ตำแหน่ง .....  
โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail .....  
ที่อยู่ .....

10. ข้าพเจ้าขอสมัคร

แพทย์ใช้ทุนสาขาวิชา .....โรงพยาบาล.....  
แพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อวุฒิบัตรฯ สาขาวิชา.....

11. สาขาวิชาหรือสถาบันที่ได้ยื่นใบสมัครแพทย์ใช้ทุนเพิ่มเติม เรียงตามลำดับ

11.1 สาขาวิชา ..... สถาบัน .....  
11.2 สาขาวิชา ..... สถาบัน .....

12. วุฒิการศึกษา (เดิม) ชื่อสถานศึกษา อำเภอ / เขตและจังหวัด ของนักศึกษา

| เริ่มศึกษา | สำเร็จการศึกษา |
|------------|----------------|
| พ.ศ.       | พ.ศ.           |

ประถมศึกษาปีที่ 6.....  
มัธยมศึกษาปีที่ 3.....  
มัธยมศึกษาปีที่ 6.....

13. การสอบเพื่อประเมินความรู้ ความสามารถ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

|              |                               |                                  |
|--------------|-------------------------------|----------------------------------|
| ขั้นตอนที่ 1 | <input type="checkbox"/> ผ่าน | <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน |
| ขั้นตอนที่ 2 | <input type="checkbox"/> ผ่าน | <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน |

14. โครงการศึกษาต่อ ( ) ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง สาขา ..... ณ สถาบัน .....  
( ) ไม่ศึกษาต่อ

15. รายละเอียดอื่นๆ ที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1

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

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

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

หมายเหตุ ใบสมัครฉบับนี้ไม่ถือเป็นแบบแสดงความจำนงขอใช้ทุนของสถาบันพระบรมราชชนก