



สำหรับเจ้าหน้าที่

(ลำดับที่ _____)

(ได้รับ วันที่ ____/____/____)

เอกสารแสดงความจำนงสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ทั่วไป

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2568

1. ข้อมูลพื้นฐาน

ชื่อ.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี (นับถึงวันที่เขียนใบสมัคร)

ภูมิลำเนา.....สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส มีบุตร.....คน

ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้ทางไปรษณีย์).....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

Email address (ใช้เป็นการติดต่อหลัก).....

2. ประวัติการศึกษา

ระดับประถมศึกษา โรงเรียน.....จังหวัด.....ปีการศึกษาที่จบ.พ.ศ.....

ระดับมัธยมศึกษา โรงเรียน.....จังหวัด.....ปีการศึกษาที่จบ.พ.ศ.....

ระดับมัธยมศึกษา โรงเรียน.....จังหวัด.....ปีการศึกษาที่จบ.พ.ศ.....

ปีการศึกษาที่เข้าเรียนแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ.....ปีการศึกษาที่จบ พ.ศ.....

สถาบันที่จบการศึกษา.....เกรดเฉลี่ย.....

คะแนน ศรว. ชั้นที่ 1คะแนน percentile ที่.....

คะแนน ศรว. ชั้นที่ 2คะแนน percentile ที่.....

วุฒิการศึกษาอื่นๆ (ถ้ามี)

3. สถานที่ใช้ทุน/ปฏิบัติงานหลังจบแพทยศาสตรบัณฑิต

1.

ตั้งแต่ เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....

2.

ตั้งแต่ เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....

3.

ตั้งแต่ เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....

4.1 ชื่ออาจารย์อายุรศาสตร์ที่รู้จักผู้สมัครเป็นอย่างดี (อย่างน้อย 1 ท่าน)

1.รพ.

เบอร์ติดต่อEmail.....

2.รพ.

เบอร์ติดต่อEmail.....

4.2 ชื่อผู้บังคับบัญชาเบื้องต้นที่รู้จักผู้สมัครเป็นอย่างดี (อย่างน้อย 1 ท่าน)

1.รพ.

เบอร์ติดต่อEmail.....

2.รพ.

เบอร์ติดต่อEmail.....

5. กิจกรรมที่ทำระหว่างเป็นนิสิตแพทย์/นักศึกษาแพทย์

1.

2.

3.

6. ประสบการณ์การทำงาน (ตีพิมพ์ หรือ นำเสนอผลงาน)

1.

2.

7. ประสบการณ์ด้านการสอน (เช่น เป็นอาจารย์พิเศษ หรือ เป็นวิทยากร)

1.

2.

3.

8. ประสบการณ์ด้านอื่นๆ เช่น งานบริหารโรงพยาบาล งานพัฒนาคุณภาพ

1.
.....
2.
.....
3.
.....

9.1 จุดเด่นของตัวเอง

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

9.2 สิ่งที่ยากปรับปรุง/พัฒนาตัวเอง

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

10. ความสามารถพิเศษอื่นๆ หรือสิ่งที่ยากให้อาจารย์พิจารณา

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

11. มีความสนใจจะสมัครประเภท

- ☐ อีสระ
- ☐ ต้นสังกัด ระบุต้นสังกัด
- (กำลังดำเนินการขอทุนให้เลือกข้อนี้)

12. จะเลือกฝึกอบรมที่ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นลำดับที่.....

เหตุผลที่เลือก.....
.....
.....

13. ต้องการเลือกโครงการใด (ใส่ลำดับ 1,2,3 หรือเลือกลำดับเดียวก็ได้)

.....โครงการหลัก รพ.จุฬาลงกรณ์ (วนรพ.สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ ปีละ 1 เดือน)

.....โครงการร่วม รพ.จุฬาลงกรณ์ - คณะแพทยศาสตร์ ม.นเรศวร

.....โครงการร่วมพิเศษ รพ.จุฬาลงกรณ์ – รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี (วนรพ.พระปกเกล้าฯ ปีละ 6 เดือน)

14. ความคาดหวังหลังจบการศึกษา

- ☐ ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐ
- ☐ ทำงานในโรงพยาบาลเอกชน
- ☐ เรียนต่อแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขา.....
- ☐ เป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์
- ☐ ไปต่างประเทศ
- ☐ อื่นๆ.....

15. ข้อมูลการ Elective ที่อายุรศาสตร์ จุฬาฯ

- ☐ ไม่เคยมา Elective ที่อายุรศาสตร์ จุฬาฯ
- ☐ เคยมา/มี Plan ที่จะมา Elective ที่อายุรศาสตร์ จุฬาฯ โปรดระบุสาขาวิชาที่เข้ารับการฝึกอบรม

1. สาขา.....ระหว่างวันที่.....

2. สาขา.....ระหว่างวันที่.....

3. สาขา.....ระหว่างวันที่.....

ลงชื่อ.....
()

หมายเหตุ - การสมัครอย่างเป็นทางการต้องผ่านระบบ matching program ของทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์

คำแนะนำการส่งใบสมัคร

1. ส่งใบสมัครพร้อมเอกสารแนบ ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2567

- ☒ สำเนา Transcript ผลการเรียนรู้ตลอดการศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต
- ☒ สำเนาผลการสอบ ศรว. ทั้งชั้นที่ 1 และ 2
- ☒ ตีตรูปถ่าย 1-2 นิ้ว ที่ใบสมัคร (รูปที่เหมือนตัวจริง)

เจ้าหน้าที่ของถึง

นางสาวคนธวัลย์ ศิริเกตุมนิรัตน์

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 18

1873 ถนนพระราม 4 แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

(ส่งลงทะเบียน หรือ EMS ผ่านไปรษณีย์ไทยเท่านั้น)

2. ใบแนะนำตัวผู้สมัคร (letter of recommendation) ใช้ 3 ใบ ให้ส่งเมื่อจะสมัครรอบ matching

ประมาณเดือนตุลาคม 2567 (โดยให้อาจารย์ผู้เขียนปิดผนึกและเซ็นชื่อกำกับและส่งโดยตรงมาที่
ภาควิชาอายุรศาสตร์)

3. การสัมภาษณ์และประกาศผล ให้รอประกาศจากภาควิชาอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (โดยปกติจะเป็น ช่วงกลางเดือนพฤศจิกายน)

4. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม 02-256-4000 ต่อ 61819 คุณคนธวัลย์ หรือ อีเมลล์ postgrad_med@chula.md