

ใบแจ้งความจำนงค์สมัครแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาท่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม
ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปีการศึกษา

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ชื่อ..... นามสกุล อายุ ปี
2. ปีที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต..... (จบการศึกษามาแล้ว ปี เลข ว.....)
สถาบันที่จบการศึกษา GPA
3. สถานที่ใช้ทุนและปฏิบัติงาน
.....
.....
.....
4. ต้องการสมัครประเภท
☐ ต้นสังกัด (โปรดระบุ)
☐ อิสระ ☐ ยังไม่แน่นอน
5. สถานที่ติดต่อได้
.....
.....
.....
6. หมายเลขโทรศัพท์
7. Email address
8. เอกสารที่ต้องใช้ในการสมัคร
 - Transcript
 - Letter of recommendation (จำนวน 3 ใบ)
 - Curriculum vitae
 - สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - สำเนาวุฒิบัตรอายุรศาสตร์ (ยกเว้นแพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 ที่กำลังศึกษา)
 - รูปถ่ายหน้าตรง 1 นิ้ว

หากมีข้อสงสัย สามารถติดต่อคุณจากรุวรรณ ทุนนาเมือง

หมายเลขโทรศัพท์ 02-256-4101 ต่อ 0 หรือ 087-6933983

หมายเลขโทรสาร 02-652-5347

Email address: endochula@gmail.com

โดยท่านสามารถส่งเอกสารได้ที่

สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330