

**ใบแสดงความจำนงสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา  
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์  
ประจำปีการฝึกอบรม 2564**

1. ชื่อ.....นามสกุล.....  
Name .....Surname .....  
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส มีบุตรจำนวน.....คน เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....  
ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) .....  
.....  
โทรศัพท์.....Email.....  
เบอร์ติดต่อญาติกรณีฉุกเฉิน.....ความสัมพันธ์.....  
ชื่อบิดา.....นามสกุล.....อายุ.....อาชีพ.....  
ชื่อมารดา.....นามสกุล.....อายุ.....อาชีพ.....
2. ข้าพเจ้าแสดงความจำนงสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โดย  
☐ อิสระ ☐ อยู่ระหว่างการขอทุนจาก.....  
☐ ดันสังกัดจาก.....
3. สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก.....  
ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา.....เกรดเฉลี่ย.....  
จบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ จาก.....  
ปีการฝึกอบรม..... ☐ อิสระ ☐ มีต้นสังกัดจาก.....

รูปถ่าย  
ขนาด 1 นิ้ว

4. ภาระการใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่ (การขอใช้ทุนให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)

ไม่มี ☐ ปฏิบัติงานครบถ้วนแล้ว .....ปี ☐ ได้ขอใช้เงินเรียบร้อยแล้ว เมื่อ .....

มี ☐ ปฏิบัติงานมาแล้ว .....ปี ยังเหลือระยะเวลาอีก ..... ☐ อยู่ระหว่างดำเนินการติดต่อขอขอใช้ทุน

☐ อื่น ๆ .....

5. สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....

6. ความสามารถพิเศษ และกิจกรรมนอกหลักสูตร (ที่คิดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการคัดเลือก)

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

ลงชื่อ ..... ผู้แสดงความจำนง

(.....)

วันที่ ...../...../.....