

**ใบแสดงแจ้งความจำนงสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา**

**วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์**

รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว

**ประจำปีการฝึกอบรม 2563**

1. ชื่อ นามสกุล

Name Surname

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ เลขบัตรประจำตัวประชาชน

สถานภาพ โสด สมรส มีบุตรจำนวน คน เชื้อชาติ สัญชาติ

ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

โทรศัพท์ Email

เบอร์ต่อญาติกรณีฉุกเฉิน ความสัมพันธ์

ชื่อบิดา นามสกุล อายุ อาชีพ

ชื่อมารดา นามสกุล อายุ อาชีพ

2. ข้าพเจ้าแสดงความจำนงสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โดย

อิสระ อยู่ระหว่างการขอทุน จาก

ต้นสังกัดจาก

3. สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก

ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา เกรดเฉลี่ย

จบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ จาก

ปีการฝึกอบรม อิสระ มีต้นสังกัด จาก

1/2

4. ภาระการใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่ (การชดใช้ทุนให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)

ไม่มี ปฏิบัติงานครบถ้วนแล้ว ปี ได้ชดใช้เงินเรียบร้อยแล้ว เมื่อ

มี ปฏิบัติงานมาแล้ว ปี ยังเหลือระยะเวลาอีก อยู่ระหว่างดำเนินการติดต่อขอชดใช้ทุน

อื่นๆ

5. สถานที่ทำงานปัจจุบัน

6. ความสามารถพิเศษ และกิจกรรมนอกหลักสูตร (ที่คิดว่าจะเป็นประโยชนต่อการคัดเลือก)

2/2

2/2

ลงชื่อ…………………………………………ผู้แสดงความจำนง

(…………………………………………………………………………)

วันที่ …………../……………………/…………………….