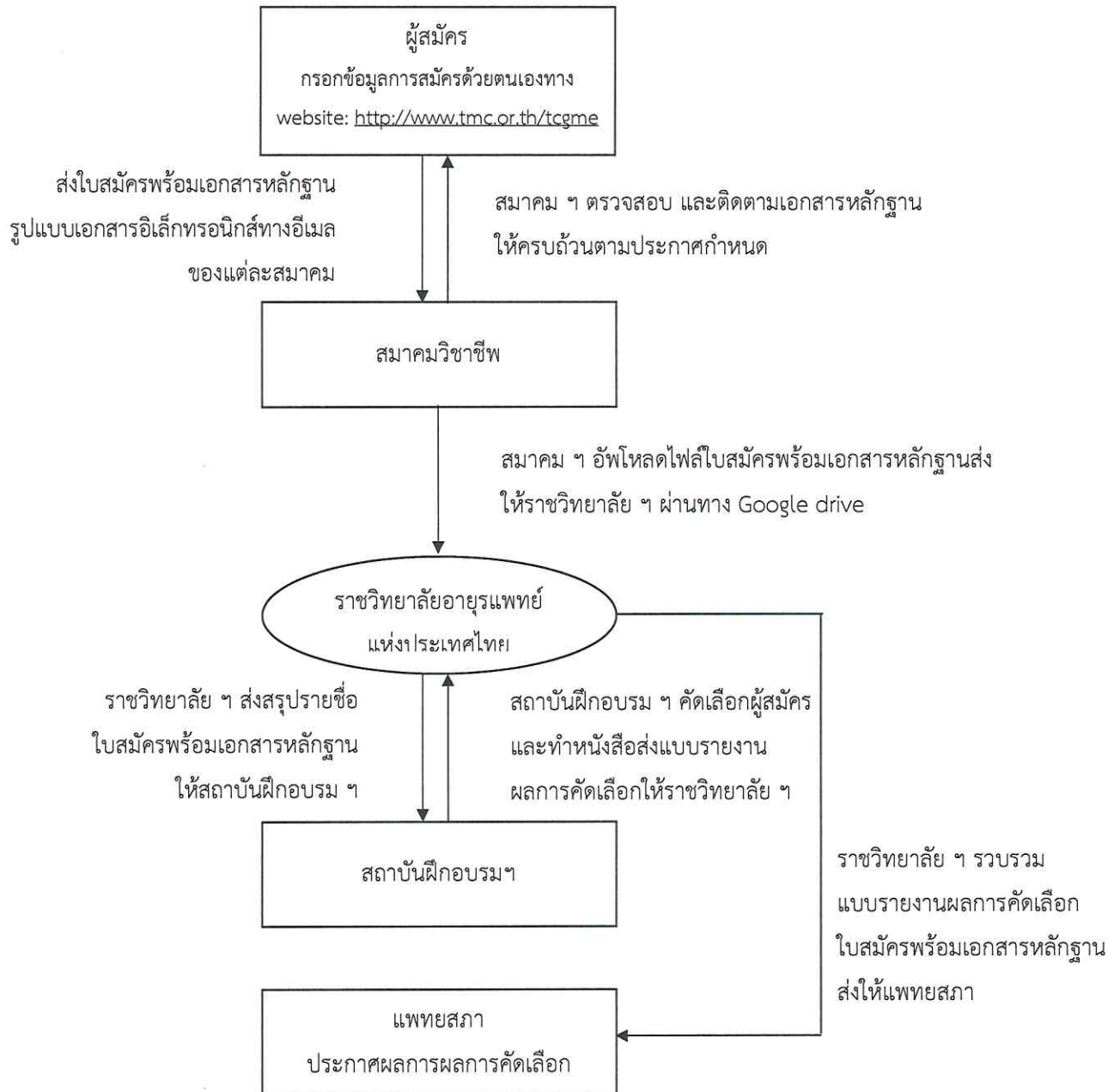


ผนวก ก. สาขา/อนุสาขาทางอายุรศาสตร์ ซึ่งผู้สมัครต้องส่งใบสมัคร พร้อมเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ที่กำหนด
ในประกาศ ข้อ 4.1.1(1)-(9) ตามขั้นตอนตามที่สาขา/อนุสาขาที่สมัครแนะนำ

ขั้นตอนการรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ฯ สาขา/อนุสาขาทางอายุรศาสตร์ ปีการฝึกอบรม 2566



ข้อมูลติดต่อสมาคมวิชาชีพ ฯ

สาขา/อนุสาขา	ข้อมูลติดต่อ และรายละเอียดบัญชีสำหรับโอนเงินค่าสมัคร
ตจวิทยา	<p>สมาคม: สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณศรีลักษณ์ นิเวศานนท์</p> <p>โทรศัพท์: 02-716-5256</p> <p>e-mail: dermthai@gmail.com</p> <p>ชื่อบัญชี: สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.ไทยพาณิชย์ 051-238933-0</p>
ประสาทวิทยา	<p>สมาคม: สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณจิตติพรรณ อุณหะจิริงรักษ์</p> <p>โทรศัพท์: 02-716-5901</p> <p>e-mail: nstt2004@gmail.com</p> <p>ชื่อบัญชี: สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.ไทยพาณิชย์ 026-294980-4</p>
โภชนศาสตร์คลินิก	<p>สมาคม: สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณกนกกร เรือนเพชร</p> <p>โทรศัพท์: 087-030-5301</p> <p>e-mail: spentcenter@gmail.com</p> <p>ชื่อบัญชี: สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.ไทยพาณิชย์ 016-434894-2</p>
เวชบำบัดวิกฤต	<p>สมาคม: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณอมรลักษณ์ กันสิงห์</p> <p>โทรศัพท์: 02-718-2255, 081-561-3017, 083-713-4043</p> <p>e-mail: criticalcarethai@hotmail.com</p> <p>ชื่อบัญชี: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.ทหารไทยธนชาติ 038-2-67132-9</p>
เวชเภสัชวิทยาและพิษวิทยา	<p>สมาคม: สมาคมพิษวิทยาคลินิกแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณริตรารภรณ์ จันเขียว</p> <p>โทรศัพท์: 02-2011084-6 ต่อ 2, 096-915-6294</p> <p>e-mail: toon.dct@gmail.com</p> <p>ชื่อบัญชี: สมาคมพิษวิทยาคลินิก</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.ไทยพาณิชย์ 026-440803-2</p>

สาขา/อนุสาขา	ข้อมูลติดต่อ และรายละเอียดบัญชีสำหรับโอนเงินค่าสมัคร
อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ	<p>สมาคม: สมาคมพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณสุรรัตน์ บัวเขียว</p> <p>โทรศัพท์: 02-419-7196</p> <p>e-mail: sureerat.buk@gmail.com</p> <p>ชื่อบัญชี: นางสาววราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ และ/หรือ นายวีรศักดิ์ เมืองไพศาล และ/หรือ นางสาว อรพิชญา ไกรฤทธิ์</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.ไทยพาณิชย์ 016-450018-8</p>
อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา	<p>สมาคม: มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณจิตรลดา จวนเจริญ</p> <p>โทรศัพท์: 02-718-1537, 089-930-2646, 098-827-1102</p> <p>e-mail: tsco.onco@gmail.com</p> <p>ชื่อบัญชี: มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.ไทยพาณิชย์ 016-285787-2</p>
อายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติซึม	<p>สมาคม: สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณลอองดาว กบิลพัสดุ์</p> <p>โทรศัพท์: 02-716-6524, 084-913-3216 LinelD: @thairheum</p> <p>e-mail: secretariat@thairheumatology.org</p> <p>ชื่อบัญชี: สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.กรุงไทย 041-6-05041-7</p>
อายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม	<p>สมาคม: สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณธนรัตน์ เขตุนพันธ์</p> <p>โทรศัพท์: 02-716-6337</p> <p>e-mail: webmaster@thaiendocrine.org</p> <p>ชื่อบัญชี: สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.ไทยพาณิชย์ 016-285763-6</p>
อายุรศาสตร์โรคไต	<p>สมาคม: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณสาวิณี คนไฉ</p> <p>โทรศัพท์: 02-716-6874, 094-989-6941</p> <p>e-mail: idatidthai@gmail.com</p> <p>ชื่อบัญชี: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.ไทยพาณิชย์ 045-596211-6</p>

สาขา/อนุสาขา	ข้อมูลติดต่อ และรายละเอียดบัญชีสำหรับโอนเงินค่าสมัคร
อายุรศาสตร์โรคไต	<p>สมาคม: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณภัทราวรรณ อินเจริญ</p> <p>โทรศัพท์: 02-716-6091, 02-716-7450, 02-718-1898</p> <p>e-mail: trainingfellow@gmail.com</p> <p>ชื่อบัญชี: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.ไทยพาณิชย์ 043-252079-9</p>
อายุรศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน ทางคลินิก	<p>สมาคม: สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกัน ฯ</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณอนัญญา ใจกล้า</p> <p>โทรศัพท์: 065-608-2983</p> <p>e-mail: allergythai@gmail.com</p> <p>ชื่อบัญชี: สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืดและวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.ไทยพาณิชย์ 045-581619-5</p>
อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร	<p>สมาคม: สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณพรทิพย์ จินแพทย์</p> <p>โทรศัพท์: 081-935-2497</p> <p>e-mail: pomtip.jinpat@gmail.com</p> <p>ชื่อบัญชี: สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.ทหารไทยธนชาติ 854-203307-4</p>
อายุรศาสตร์โรคระบบหายใจและ ภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ	<p>สมาคม: สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณพรธิภา ประสานกุล</p> <p>โทรศัพท์: 084-559-2190</p> <p>e-mail: thaitst@gmail.com</p> <p>ชื่อบัญชี: สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.ไทยพาณิชย์ 026-252418-3</p>
อายุรศาสตร์โรคเลือด	<p>สมาคม: สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณพนัชร บ่อทอง</p> <p>โทรศัพท์: 02-716-5977</p> <p>e-mail: umtsh23@gmail.com</p> <p>ชื่อบัญชี: สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย</p> <p>เลขที่บัญชี: ธ.ไทยพาณิชย์ 026-413189-7</p>

สาขา/อนุสาขา	ข้อมูลติดต่อ และรายละเอียดบัญชีสำหรับโอนเงินค่าสมัคร
อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	สมาคม: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ผู้ประสานงาน: คุณวรางคน์ อีระกุล โทรศัพท์: 02-718-0060-4 e-mail: thaiheart.w6@gmail.com ชื่อบัญชี: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่บัญชี: ธ.กรุงไทย 041-0-031-976
อายุรศาสตร์การนอนหลับ	สมาคม: สมาคมนิทราเวชศาสตร์ ผู้ประสานงาน: คุณพรณี พงศ์เขียวบุญ และคุณธนภรณ์ รัตนทากุล โทรศัพท์: 063-332-6445, 096-712-0005 e-mail: tasm.sleep2017@gmail.com ชื่อบัญชี: สมาคมนิทราเวชศาสตร์ เลขที่บัญชี: ธ.ไทยพาณิชย์ 045-304676-0

ผนวก ข. กำหนดการรับสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ ประจำปีการฝึกอบรม 2566

ขั้นตอนการสมัคร รอบที่ 1

1. จัดทำใบสมัครและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ได้แก่
 - (1) ใบสมัคร: กรอกข้อมูลด้วยตนเองทาง website: <http://www.tmc.or.th/tcgme> โดยระบุสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการเลือกไม่เกิน 3 แห่ง แล้วพิมพ์ลงกระดาษเพื่อลงนาม พร้อมติดรูปถ่ายหน้าตรง ในกรอบที่กำหนด (ขนาด 2 นิ้ว) ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน (**ตั้งชื่อไฟล์เป็น: ใบสมัคร_ชื่อ นามสกุล**)
 - (2) สำเนาบัตรประชาชน (**ตั้งชื่อไฟล์เป็น: บัตรประชาชน_ชื่อ นามสกุล**)
 - (3) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล/ใบทะเบียนสมรส (เฉพาะในกรณีที่เปลี่ยนชื่อ-สกุล) (**ตั้งชื่อไฟล์เป็น: ใบเปลี่ยนชื่อ_ชื่อ นามสกุล**)
 - (4) สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (**ตั้งชื่อไฟล์เป็น: แพทยศาสตรบัณฑิต_ชื่อ นามสกุล**)
 - (5) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (**ตั้งชื่อไฟล์เป็น: ใบประกอบวิชาชีพ_ชื่อ นามสกุล**)
 - (6) สำเนาประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ (**ตั้งชื่อไฟล์เป็น: เพิ่มพูนทักษะ_ชื่อ นามสกุล**)
 - (7) หนังสือจากต้นสังกัดลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม) โดยใช้แบบหนังสือรับรองต้นสังกัดตามแบบที่กำหนด ยกเว้นผู้ได้รับการคัดเลือกให้รับต้นสังกัดเพื่อเข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (**ตั้งชื่อไฟล์เป็น: ต้นสังกัด_ชื่อ นามสกุล**)
2. ชำระเงินค่าสมัครจำนวน 1,400 บาท (รวมส่วนที่ราชวิทยาลัยต้องนำส่งแพทยสภา 1,000 บาทแล้ว) โดยโอนผ่านบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี "ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย" ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่ 043-274623-0 (แบบหลักฐานการชำระเงินส่งมาพร้อมกับใบสมัคร) (**ตั้งชื่อไฟล์เป็น: ค่าสมัคร_ชื่อ นามสกุล**)
3. รวบรวมใบสมัครและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ตามข้อ 1.(1)-(7) พร้อมหลักฐานการชำระเงิน จัดทำเอกสารรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ไฟล์สกุล .pdf โดยตั้งชื่อเอกสารตามวงเล็บในแต่ละข้อพร้อมชื่อ นามสกุล จำกัดขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB ส่งมายัง e-mail: rcpt.residentmed2566@gmail.com
4. เอกสารหลักฐานอื่นที่สถาบันฝึกอบรมกำหนดเพิ่มเติม เช่น หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัคร หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคลให้นำส่งตรงยังสถาบันฝึกอบรมที่เลือกไว้

ขั้นตอนการคัดเลือก รอบที่ 1 ครั้งที่ 1

1. ราชวิทยาลัย ฯ ประกาศรายชื่อผู้ส่งใบสมัครขอเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้านรอบที่ 1 ครั้งที่ 1 ทาง website: www.rcpt.org ในวันที่ 7 พฤศจิกายน 2565
2. สถาบันฝึกอบรมแต่ละแห่งสอบ/สัมภาษณ์ รอบที่ 1 ครั้งที่ 1 พร้อมกันโดย
 - 2.1. สอบ/สัมภาษณ์ผู้สมัครอันดับที่ 1 ในวันที่ 21 พฤศจิกายน 2565
 - 2.2. สอบ/สัมภาษณ์ผู้สมัครอันดับที่ 2 ในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565
 - 2.3. สอบ/สัมภาษณ์ผู้สมัครอันดับที่ 3 ในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2565

ทั้งนี้สถาบันฝึกอบรมแจ้งให้ผู้เข้ารับการสอบ/สัมภาษณ์ทราบว่าได้รับคัดเลือกหรือไม่ในวันสอบ/สัมภาษณ์ แต่ละวัน เพื่อให้ผู้สมัครจะได้ไม่ต้องไปสอบ/สัมภาษณ์ในอันดับต่อไปในกรณีถ้าได้รับเลือกแล้ว และสถาบันมีสิทธิที่จะไม่ดำเนินการสอบ/สัมภาษณ์ผู้สมัครอันดับที่ 2 - 3 ในกรณีที่ผู้สมัครในอันดับที่ 1 - 2 ครบตามตำแหน่งแล้ว และส่งผลผู้สมัครที่ได้รับคัดเลือกไปยังราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ฯ ภายในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2565

ขั้นตอนการสมัคร รอบที่ 1 ครั้งที่ 2

1. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ฯ ประกาศตำแหน่งที่ยังว่างอยู่ของสถาบันฝึกอบรมแต่ละแห่ง ทาง website: www.rcpt.org ในวันที่ 28 พฤศจิกายน 2565
2. ผู้สมัครยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบขอเข้ารับการคัดเลือกรอบที่ 1 ครั้งที่ 2 โดยระบุสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการเลือก 1 - 3 แห่ง ส่งที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ฯ ตั้งแต่วันที่ 29 พฤศจิกายน - 7 ธันวาคม 2565

ขั้นตอนการคัดเลือก รอบที่ 1 ครั้งที่ 2

1. ราชวิทยาลัย ฯ ประกาศรายชื่อผู้ส่งใบสมัครขอเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้านรอบที่ 1 ครั้งที่ 2 ทาง website: www.rcpt.org ในวันที่ 8 ธันวาคม 2565
2. สถาบันฝึกอบรมแต่ละแห่งสอบ/สัมภาษณ์ รอบที่ 1 ครั้งที่ 2 พร้อมกันโดย
 - 2.1. สอบ/สัมภาษณ์ผู้สมัครอันดับที่ 1 ในวันที่ 14 ธันวาคม 2565
 - 2.2. สอบ/สัมภาษณ์ผู้สมัครอันดับที่ 2 ในวันที่ 15 ธันวาคม 2565
 - 2.3. สอบ/สัมภาษณ์ผู้สมัครอันดับที่ 3 ในวันที่ 16 ธันวาคม 2565

ทั้งนี้สถาบันฝึกอบรมแจ้งให้ผู้เข้ารับการสอบ/สัมภาษณ์ทราบว่าได้รับคัดเลือกหรือไม่ในวันสอบ/สัมภาษณ์แต่ละวัน เพื่อให้ผู้สมัครจะได้ไม่ต้องไปสอบ/สัมภาษณ์ในอันดับต่อไปในกรณีถ้าได้รับเลือกแล้ว และสถาบันมีสิทธิที่จะไม่ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้สมัครอันดับที่ 2 - 3 ในกรณีที่ผู้สมัครในอันดับที่ 1 - 2 ครบตามตำแหน่งแล้ว และส่งผลผู้สมัครที่ได้รับคัดเลือกไปยังราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ฯ ภายในวันที่ 16 ธันวาคม 2565

ขั้นตอนการสมัครและคัดเลือก หลังรอบที่ 1 ครั้งที่ 2

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ฯ ประกาศตำแหน่งที่ยังว่างอยู่ของสถาบันฝึกอบรมแต่ละแห่ง ทาง website: www.rcpt.org ให้ผู้สมัครติดต่อไปยังสถาบันนั้นโดยตรง และสถาบันส่งผลผู้สมัครที่ได้รับคัดเลือกมายังราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ฯ

กำหนดประกาศผล และการรายงานตัว

1. หลังกระบวนการคัดเลือกแพทย์ผู้สมัครเป็นแพทย์ประจำบ้านแล้วเสร็จ สถาบันฝึกอบรมส่งหนังสือตามแบบรายงานผลการคัดเลือกแพทย์เข้ารับการฝึกอบรม (ลงนามโดยคณบดี/ผู้บริหารสูงสุดของสถาบันฝึกอบรมนั้น) แจ้งรายชื่อแพทย์ผู้ได้รับการคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุน/แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อวุฒิบัตร ฯ มายังราชวิทยาลัย ฯ ภายในวันที่ 26 ธันวาคม 2565 เพื่อรวบรวมส่งแพทยสภา

2. แพทย์สภาจะประกาศผลการขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ปฏิบัติงานเพื่อผู้สมัคร ๑ ประจำปี การฝึกอบรม 2566 รอบที่ 1 ภายในเดือนมีนาคม 2566
3. ให้แพทย์ผู้ได้รับการประกาศผลการขึ้นทะเบียน นำหนังสือแจ้งผลการขึ้นทะเบียนซึ่งดาวน์โหลดได้จาก website: <http://www.tmc.or.th/tcgme> พร้อมหลักฐานแสดงการทำสัญญากับหน่วยงานต้นสังกัด ไปยื่นต่อสถาบัน ฝึกอบรมตามระยะเวลาที่กำหนดในหนังสือแจ้งผลดังกล่าว และต้องรายงานตัวเข้ารับการฝึกอบรม ณ สถาบันฝึกอบรม และเริ่มการฝึกอบรมภายในวันที่ 1 กรกฎาคม 2566

ปัจจุบันมีตำแหน่งแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ตามสถาบันฝึกอบรมต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

สถาบัน	ตำแหน่ง
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	33
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับ สถาบันร่วมฝึกอบรม	
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	4
โรงพยาบาลอุดรธานี	4
โรงพยาบาลสระบุรี	4
โรงพยาบาลสุรินทร์	4
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	37
(โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เป็นสถาบันสมทบ)	
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ สถาบันร่วมฝึกอบรม	
มหาวิทยาลัยนเรศวร	2
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	22
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ร่วมกับ สถาบันร่วมฝึกอบรม	
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	6
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	6
โรงพยาบาลบุรีรัมย์	2
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์	19
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ ร่วมกับ สถาบันร่วมฝึกอบรม	
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	4
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	18
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ร่วมกับ สถาบันร่วมฝึกอบรม	
โรงพยาบาลพุทธชินราช	10
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	4
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี	2
โรงพยาบาลอานันทมหิดล	2
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	16
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	18

สถาบัน	ตำแหน่ง
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นสถาบันสมทบ)	10
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับ สถาบันร่วมฝึกอบรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	3
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ เป็นสถาบันสมทบ)	8
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นสถาบันสมทบ)	16
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับ สถาบันร่วมฝึกอบรม โรงพยาบาลนครพิงค์	2
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	2
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	22
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (โรงพยาบาลตากสิน เป็นสถาบันสมทบ)	22
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	7
โรงพยาบาลหาดใหญ่	11
โรงพยาบาลขอนแก่น	10
โรงพยาบาลชลบุรี	9
โรงพยาบาลเลิดสิน	8
โรงพยาบาลตำรวจ	8
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	6
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	8
โรงพยาบาลลำปาง	5
โรงพยาบาลราชบุรี	8
โรงพยาบาลพระปกเกล้า	6

หมายเหตุ สถาบันฝึกอบรมที่มีสถาบันฝึกอบรมสมทบ (ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1 แห่ง, มหาวิทยาลัยขอนแก่น 1 แห่ง, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 1 แห่ง, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1 แห่ง และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 1 แห่ง) จะมีการหมุนเวียนแพทย์ประจำบ้านแต่ละชั้นปีไปยังสถาบันสมทบตลอดทั้งปี (ประมาณครั้งละ 1 เดือน)



ใบคำขอสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาประเภทที่ 3

กรณีผู้สมัครอยู่ระหว่างฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านปีสุดท้าย เพื่อยืนยันการปลดภาระจากหน่วยงานของรัฐ หรือได้รับ
อนุมัติจากหน่วยงานของรัฐต้นสังกัด ให้เข้ารับการฝึกอบรมต่อได้ทันทีหลังสำเร็จการฝึกอบรม

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....ออกให้เมื่อวันที่.....

ข้อมูลการฝึกอบรม

- ☐ เข้าฝึกอบรมสาขาอายุรศาสตร์ ปี พ.ศ.....สถาบันที่ฝึกอบรม.....
- ☐ มีต้นสังกัด หน่วยงาน/โรงพยาบาล.....
- ☐ สังกัดอิสระ
- ☐ จบการฝึกอบรมสาขาอายุรศาสตร์ ปี พ.ศ.....
- ☐ รับผิดชอบ สาขาอายุรศาสตร์ ปี พ.ศ.....
- ☐ กำลังฝึกอบรมสาขาอายุรศาสตร์ปีสุดท้าย

ปีการฝึกอบรม 2566

- ☐ เข้าฝึกอบรม สาขา/อนุสาขา.....
- ☐ มีต้นสังกัด หน่วยงาน/โรงพยาบาล..... ☐ สังกัดอิสระ

ภาระการชดใช้ทุน หลังจบสาขาอายุรศาสตร์

- ☐ ไม่มี
- ☐ ชดใช้ทุนครบตามสัญญา ก่อนวันสมัครเข้าฝึกอบรม (*แสดงหลักฐานการปลดภาระทุน/ใบเสร็จ)
- ☐ ชดใช้ทุนครบตามสัญญา ก่อนการเริ่มฝึกอบรม (*แสดงหลักฐานการปลดภาระทุน/ใบเสร็จ)

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ข้างต้นเพื่อยืนยันการปลดภาระจากหน่วยงานของรัฐ
หรือได้รับอนุมัติจากหน่วยงานของรัฐต้นสังกัดให้เข้ารับการฝึกอบรมต่อได้ทันทีหลังสำเร็จการฝึกอบรม เป็นจริง
ทุกประการและเอกสารที่ใช้ประกอบหลักฐานอ้างอิงถูกต้อง ตามกฎหมายทุกประการ

เงื่อนไขและข้อจำกัด

การขึ้นทะเบียนเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อการสอบวุฒิบัตรในปีการฝึกอบรม 2566 ถือเป็น
โมฆะ หากคุณสมบัติไม่ครบตามประกาศแพทยสภาที่ 80/2565 เรื่องกำหนดประเภทสาขาและคุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์
เข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาประเภทที่ 1 ประเภทที่ 2 และประเภทที่ 3 ประจำปีการฝึกอบรม 2566
ก่อนวันเริ่มฝึกอบรมในวันที่ 1 กรกฎาคม 2566

ชื่อเจ้าหน้าที่รับเรื่อง

ชื่อผู้ยื่นแบบคำขอ

(.....)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โปรดส่งใบคำขอผ่านทาง E-mail rcpt.fellow2566@gmail.com