

2
ฉันทนา



งานสารบรรณ คณะแพทยศาสตร์
รับที่ 2bbe-043/bn
วันที่ 13 สิงหาคม 67
เวลา 11:07 น.

ที่ อว 0603.10/ว4732

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก 65000

31 พฤษภาคม 2567

งานกิจการนักศึกษา
คณะแพทยศาสตร์ มร.
รับวันที่ 334
วันที่ 13 มิ.ย. 67
เวลา 14.00 น.

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 เพื่อเป็นแพทย์ใช้ทุน

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดการรับสมัครและใบสมัคร จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีความประสงค์รับสมัคร
นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 เพื่อเข้าเป็นแพทย์ใช้ทุน ประจำปีการศึกษา 2568 และศึกษาต่อหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน
สาขาออร์โธปิดิกส์ ในปีการศึกษา 2569 จำนวน 3 ตำแหน่ง ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567

ในการนี้ ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จึงใคร่ขอความ
อนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 เพื่อเป็นแพทย์ใช้ทุน ปีการศึกษา 2568

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพริยา นฤขัตติพิชัย)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

เรียน รองคณบดีฝ่ายธุรการ นิสิตแพทย์
เพื่อไปสมัครงาน รับสมัครแพทย์
ดูแลบรรณเพื่อไปสมัครใช้ทุนได้
แล้ว. วันที่ 13 มิ.ย. 67

วิมล

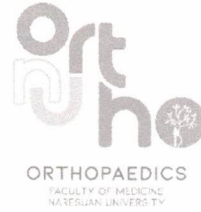
13 มิ.ย. 67

ภาควิชาออร์โธปิดิกส์

โทร. 0 5596 5560

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sarabun-med@nu.ac.th

ดำเนินกร



ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เปิดรับสมัครแพทย์ใช้ทุนปฏิบัติงาน
เพื่อวุฒิบัตรฯ สาขาออร์โธปิดิกส์ ปีการศึกษา 2569 (เพื่อเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (แพทย์ใช้ทุน) ปีการศึกษา
2568 และศึกษาต่อในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขาออร์โธปิดิกส์ ปีการศึกษา 2569) **จำนวน 3 อัตรา**

หมดเขตรับสมัคร 30 กันยายน 2567 (นับวันประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ)

กำหนดการสัมภาษณ์ 7 ตุลาคม 2567 ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

คุณสมบัติ

- กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 6 ปีการศึกษา 2567 และกำลังจะจบการศึกษา
- เป็นผู้มิสัญญาชาติใช้ทุนตามพันธะสัญญาของรัฐ
- สอบผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชั้นตอนที่ 1 และ 2
ก่อนยื่นใบสมัคร

หลักฐานประกอบการสมัคร

- แบบฟอร์มใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้ว 1 ฉบับ
- สำเนาใบรายงานผลการศึกษา (Transcript) เมื่อจบชั้นปีที่ 5 1 ฉบับ
- สำเนาใบแจ้งผลการสอบเพื่อประเมินความรู้ความสามารถฯ ชั้นตอนที่ 1 และ 2 1 ฉบับ
- หนังสือรับรอง (Recommendation letter) จากอาจารย์แพทย์ 2 ฉบับ
(เป็นอาจารย์แพทย์สาขาออร์โธปิดิกส์อย่างน้อย 1 ท่าน)
- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว 1 รูป
- Portfolio ส่งในรูปแบบไฟล์ PDF (ส่งทางอีเมล) 1 ไฟล์

หมายเหตุ ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกต้องแสดงสำเนาใบแจ้งผลการสอบเพื่อประเมินความรู้
ความสามารถฯ ชั้นตอนที่ 3 อีกครั้งหนึ่ง

ดาวนโหลดใบสมัคร



สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

คุณมาลินี ยอดบุรี นักวิชาการศึกษาคณะวิชาออร์โธปิดิกส์ฯ

โทร. 0 5596 5560

Email: malineey@nu.ac.th

Facebook: NU Orthopaedics ออร์โธปิดิกส์ ม.นเรศวร

ส่งเอกสารการสมัครด้วยตนเอง หรือทางไปรษณีย์ (วงเล็บมุมซองว่า สมัครแพทย์ใช้ทุนเพื่อวุฒิมัธยมศึกษา) ได้ที่

คุณมาลินี ยอดบุรี

ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

99 หมู่ 9 อาคารสิรินธร ชั้น 7 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

ถนนพิษณุโลก-นครสวรรค์ ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก

จังหวัดพิษณุโลก 65000

ใบสมัครแพทย์ใช้ทุน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปถ่าย 1 นิ้ว

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

- ชื่อ - สกุล เพศ () หญิง () ชาย
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี สัญชาติ เชื้อชาติ
ศาสนา..... สถานภาพ () สมรส () โสด
เป็นผู้จะสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย
- ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
- ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเร็ว) โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ
โทรสาร E-mail
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
- ปัจจุบันศึกษาอยู่ระดับ คะแนนเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) เมื่อจบชั้นปีที่ 5
ณ สถาบัน
- รางวัลการศึกษาและ/หรือการปฏิบัติงาน
- ข้าพเจ้ามีงานอดิเรกได้แก่
- ข้าพเจ้าเล่นกีฬาต่อไปนี้
- ข้าพเจ้าเคยร่วมในกิจกรรมนอกหลักสูตร ขณะเป็นนักศึกษา
- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า จำนวน 2 ท่าน (อาจารย์, เพื่อน)
9.1 ชื่อ - นามสกุล ตำแหน่ง
โทรศัพท์ โทรสาร E-mail
ที่อยู่

9.2 ชื่อ - นามสกุล ตำแหน่ง
โทรศัพท์ โทรสาร E-mail
ที่อยู่

10. ข้าพเจ้าขอสมัคร

แพทย์ใช้ทุนปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อวุฒิบัตรฯ สาขาวิชา..... ออร์โธปิดิกส์

11. สาขาวิชาหรือสถาบันที่ได้ยื่นใบสมัครแพทย์ใช้ทุนเพิ่มเติม เรียงตามลำดับ

11.1 สาขาวิชา สถาบัน

11.2 สาขาวิชา สถาบัน

12. วุฒิการศึกษา (เดิม) ชื่อสถานศึกษา อำเภอ/เขต และจังหวัด ของนักศึกษา

	เริ่มศึกษา	สำเร็จการศึกษา
	พ.ศ.	พ.ศ.
ประถมศึกษาปีที่ 6.....		
มัธยมศึกษาปีที่ 3.....		
มัธยมศึกษาปีที่ 6.....		

13. การสอบเพื่อประเมินความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ขั้นตอนที่ 1 () ผ่าน () ไม่ผ่าน

ขั้นตอนที่ 2 () ผ่าน () ไม่ผ่าน

14. โครงการศึกษาต่อ () ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง สาขา ณ สถาบัน

() ไม่ศึกษาต่อ

15. รายละเอียดอื่นๆ ที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครเข้ารับการศึกษาเป็นแพทย์ใช้ทุนเพื่อวุฒิบัตรฯ

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

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)
..... / /

หมายเหตุ ใบสมัครฉบับนี้ไม่ถือเป็นแบบแสดงความจำนงขอใช้ทุนของสถาบันพระบรมราชชนก