



**ประกาศรับสมัครเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม
ด้านเวชศาสตร์ความงาม และฟื้นฟูสภาวะเสื่อมทางนรีเวช
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีการศึกษา 2569**

คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม

1. ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
2. เป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
3. เป็นผู้ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

จำนวนผู้รับการฝึกอบรม จำนวน 1 คนต่อปี

กำหนดการเปิดรับสมัคร

ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2568

เอกสารประกอบการรับสมัคร

1. ใบสมัครพร้อมรูปถ่าย สามารถกรอกใบสมัคร online จาก website คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (<http://med.tu.ac.th/webmed/>) พร้อมแนบรูปถ่ายหน้าตรง ถ่ายไว้ไม่เกิน 6
เดือน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาบัตรประชาชน
4. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ – สกุล (กรณีเปลี่ยนชื่อ – สกุล)
5. สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
6. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
7. หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้ารับการฝึกอบรม และรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก แล้ว (กรณี
มีต้นสังกัด)
8. สำเนาประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองว่าเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะหรือหลักฐานแสดงว่ากำลังศึกษา
อยู่ระหว่างการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ
9. หนังสือรับรอง / แนะนำผู้สมัคร จำนวน 3 ฉบับ

วิธีการสมัคร

ผู้สนใจสามารถสมัครแบบ online ได้ที่ https://med.tu.ac.th/?page_id=2304 และขอให้ผู้สมัคร
จัดเตรียมเอกสารประกอบการสมัครเป็นไฟล์ PDF ส่งที่ E-MAIL: postgrad9698.tu@gmail.com โดยเอกสาร
ฉบับจริงให้นำมาวันสอบสัมภาษณ์ หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ 02-9269698

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

งานบริการการศึกษา ชั้น 3 อาคารคุณากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ศูนย์รังสิต)
ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12120 โทร 0-2926-9698 โทรสาร 0- 2926-9676

เกณฑ์และวิธีพิจารณาตัดสิน

ตัดสินผู้มีสิทธิเข้ารับการฝึกอบรม โดยคณะกรรมการคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมด้านเวชศาสตร์ความ
งาม และฟื้นฟูสภาวะเสื่อมทางนรีเวช ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. พิจารณารับผู้สมัครมีต้นสังกัดและผู้สมัครอิสระตามสัดส่วนที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ และ
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติกำหนด
2. พิจารณาสภาพร่างกาย และสุขภาพจิต ที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน
3. พิจารณาหลักฐานประกอบการสมัครและการสัมภาษณ์โดยคณะกรรมการ

วิธีการพิจารณา

1. คณะกรรมการพิจารณาคุณสมบัติผู้สมัครจากหลักฐานประกอบการสมัครที่แสดงไว้ข้างต้น
2. คณะกรรมการดำเนินการสัมภาษณ์ผู้สมัคร ตามช่วงเวลาที่กำหนด

การอุทธรณ์ผลการคัดเลือก

แพทย์ประจำบ้านที่มีความประสงค์ขออุทธรณ์ผลการคัดเลือก สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่
https://med.tu.ac.th/?page_id=2304 และยื่นอุทธรณ์ภายใน 7 วันหลังจากการประกาศผลการ
คัดเลือก

ขั้นตอนคำร้องขอตรวจสอบผลการคัดเลือกของผู้เข้าการฝึกอบรม
ภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เขียนคำร้องตรวจสอบที่ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
ภายใน 7 วันทำการ นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก



ฝ่ายการศึกษาหลังรับปริญญา นำใบคำร้อง เรียนประธานหลักสูตรการฝึกอบรมฯ
เพื่อพิจารณาอนุมัติ



กรรมการดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของผลการคัดเลือกภายใน 7 วันทำการ เพื่อตรวจสอบความ
ถูกต้อง



เจ้าหน้าที่การศึกษาหลังรับปริญญา นัดหมายผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่ยื่นคำร้อง
มารับทราบผลการตรวจสอบ



หากผู้เข้ารับการฝึกอบรมเข้ายื่นเรื่องคำร้องยังมีข้อสงสัย ให้เจ้าหน้าที่นัดหมายพบประธานหลักสูตรฯ
(หากผู้ร้องยังมีข้อสงสัยสามารถขอผลการคัดเลือกของตนเองได้โดยจัดให้ดูเป็นรายบุคคลของตนเองเท่านั้น)



ผู้ยื่นคำร้องต้องมาตามวันเวลาที่นัดหมาย หากไม่มาตามนัดให้ถือว่าสละสิทธิ์
และไม่สามารถยื่นขอตรวจสอบได้อีก

แบบคำร้องขอตรวจผลการคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้าน
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

ข้าพเจ้า.....เลขบัตรประชาชน.....

แพทย์ผู้สมัครคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

มีความประสงค์ยื่นคำร้องขอตรวจสอบผลการคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้านฯ และขอทราบ
รายละเอียดผลการตัดสิน ตามที่ได้ทำการคัดเลือกไปในวันที่.....

และประกาศผลสอบในวันที่.....

เนื่องจาก

.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำร้อง

เรียน.....

☐ อนุมัติ แจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานหลักสูตรการฝึกอบรม

วันที่.....