

10. 2/1



ที่ นว ๐๐๓๒.๑/ว ๑๑๓

1004  
๕ มี.ค. ๒๕๖๑  
12-๗2  
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์  
๔๓ ถนนอรุณกวี อำเภอเมือง  
จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๐๐๐

๖๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

รายการเข้าหน้าที
รับที่ 11/8
รับที่ 8 29 61
14:00

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยกรรม ประจำปีการศึกษา  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด...../ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน  
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเพื่อเข้าศึกษาและฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาศัลยกรรม  
๒.โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ จำนวน ๑ ฉบับ

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัย  
ศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย ให้เป็นสถาบันหลัก ในการศึกษาและฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยกรรม  
ในการนี้ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เปิดรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขาศัลยกรรม  
หลักสูตร ๔ ปี ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑ จำนวน ๓ ตำแหน่ง

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์แพทย์  
ผู้สนใจและมีคุณสมบัติตามแพทย์สภากำหนด สมัครเข้ารับการคัดเลือก สามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่  
E-Mail = [surg.spr@hotmail.com](mailto:surg.spr@hotmail.com) ตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๑ กรุณาส่งใบสมัครพร้อม  
หลักฐานทางไปรษณีย์ลงทะเบียน หรือ ส่งด่วนพิเศษ (EMS) ไปที่ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์  
ประชารักษ์ เลขที่ ๔๓ ถนนอรุณกวี อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๐๐๐ โทร ๐-๕๖๒๑-๙๘๘๘ ต่อ  
๑๔๐๕ หรือติดต่อโดยตรงที่ นายแพทย์กรฤกษ์ เล่าหศักดิ์ประสิทธิ์ กลุ่มงานศัลยกรรม  
โทร.๐๘-๑๔๗๕-๒๒๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ จะเป็น  
พระคุณยิ่ง  
เรีซห นพ ลลจ. ส.น.  
-เพื่อโปรดทราบ และพิจารณา  
แผนการประชาสัมพันธ์ต่อไป

ศิริพร คณ  
12/3/61

ขอแสดงความนับถือ

(นางไสรยา ธรรมรักษ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์  
จังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มงานศัลยกรรม  
โทร. ๐-๕๖๒๑-๙๘๘๘ ต่อ ๑๔๐๕  
โทรสาร ๐-๕๖๒๒-๔๓๘๒  
E-Mail = [surg.spr@hotmail.com](mailto:surg.spr@hotmail.com) Website [WWW.spr.go.th](http://WWW.spr.go.th)

ใบสมัครเพื่อเข้าเป็นแพทย์ประจำบ้าน  
กลุ่มงานศัลยกรรม  
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ภาพถ่ายหน้าตรง  
ขนาด ๑ นิ้ว

ชื่อ - สกุล (นายแพทย์ / แพทย์หญิง).....อายุ.....ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด.....สถานที่เกิด.....

สถานภาพสมรส.....จำนวนบุตร.....คน

ที่อยู่ตามทะเบียน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

E-mail.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต.....

ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา.....เกรดเฉลี่ย.....

ประวัติการทำงาน (ตั้งแต่เริ่มทำงาน จนถึงปัจจุบัน)

สิทธิ์ในการสมัคร

ไม่มีต้นสังกัด

มีต้นสังกัด (ระบุชื่อโรงพยาบาลต้นสังกัด).....

ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ ๑ มิถุนายน ของปีที่สมัคร

- ปฏิบัติงานในโครงการเพิ่มพูนทักษะ

ที่โรงพยาบาล.....ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....

ถึงเดือน.....พ.ศ.....

- ปฏิบัติงานเพิ่มเติม  
ที่โรงพยาบาล.....ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....  
ถึงเดือน.....พ.ศ.....
- ภาระการขอใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่ (การขอใช้ทุนให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)
  - ไม่มี
  - เพราะปฏิบัติงานครบถ้วนแล้ว ๓ ปี
  - เพราะได้ขอใช้เงินแล้ว เมื่อ.....
  - มีภาระการขอใช้ทุน ปฏิบัติงานมาแล้ว ..... ปี
  - อื่น ๆ (ระบุ).....

- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร  
(ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดอย่างน้อย ๒ คน)

๑. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

๒. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

เอกสารหลักฐานที่ต้องส่งมาพร้อมแบบแสดงความจำนง (สำเนา-ต้องมีการลงนามกำกับรับรองด้วย)

- |   |              |
|---|--------------|
| ๑. ใบสมัครของกลุ่มงานศัลยกรรม   |              |
| ๒. รูปถ่าย ๒ นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน)  | จำนวน ๒ ใบ   |
| ๓. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาแพทยศาสตร์ตลอดหลักสูตร  | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาใบประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ               | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา และ/หรือ<br>ผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด | จำนวน ๓ ท่าน |
| ๖. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา  | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๗. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๘. สำเนาทะเบียนบ้าน   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๙. หนังสือรับรองต้นสังกัดที่ขอทุน   | จำนวน ๑ ฉบับ |



# โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

## รับสมัครแพทย์ประจำบ้าน

กลุ่มงานศัลยกรรม ประจำปี 2561

โควตา 3 ตำแหน่ง รับทั้ง Free Training และต้นสังกัด

### สวัสดิการ

1. ค่าตอบแทนตามเงินเดือนข้าราชการ

ค่าเวรเหมาจ่ายและค่าเวรอื่น ๆ (เวร ER, เวรนอกเวลา)

ค่าประชุมวิชาการตามหลักสูตร ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

2. สวัสดิการห้องพัก ระบบความปลอดภัย แอร์ เฟอ์นเจอร์

มีแม่บ้านดูแล, FREE WIFI

3. การเดินทางไป กรุงเทพและจังหวัดต่าง ๆ สะดวกสบาย

ที่จอดรถปลอดภัย

**สมัครด่วน**

**ก่อนวันที่ 30 พ.ค. 61**

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

โทร กลุ่มงานศัลยกรรม โทร 056 - 219888 ต่อ 1405

หรือติดต่อโดยตรง นายแพทย์กรกฤษณ์ เลาน์ศักดิ์ประสิทธิ์ โทร 081-4752255