

## แบบฟอร์มใบสมัครแพทย์เพื่อเข้าศึกษาดูงาน ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน

ให้กรอกข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง และจัดเตรียมเอกสารประกอบตามที่ระบุไว้ด้วยเครื่องหมาย

เอกสารที่แนบหากเป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

1. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร \_\_\_\_\_

เลขบัตรประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

โรงพยาบาล/สถาบันที่ประจำการ \_\_\_\_\_

เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_



2. หลักฐานที่ผู้สมัครต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้

(1) สำเนาใบประกอบวิชาชีพ ตามเกณฑ์ของแพทยสภา

(2) หนังสืออนุญาตเพื่อขอเข้าศึกษาดูงานจากโรงพยาบาลต้นสังกัด โดยเรียนผู้อำนวยการ  
โรงพยาบาลเลิดสิน

(3) ผลตรวจ ATK อย่างน้อย 48 ชั่วโมงก่อนเข้ารับการศึกษาดูงาน

3. มีความประสงค์ศึกษาดูงาน (Elective) ระหว่างวันที่ \_\_\_\_\_ ถึงวันที่ \_\_\_\_\_

4. เหตุผลของการมาศึกษาดูงาน \_\_\_\_\_

5. ความคาดหวังที่ท่านจะได้รับ \_\_\_\_\_

ลงนาม.....

(.....)

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**ขั้นตอนการส่งเอกสาร**

1. ให้แพทย์ที่ต้องการ Elective ติดต่อกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทร. 02-353-9603 (คุณกัญต์สินี) ในเวลาราชการ เพื่อตรวจสอบวันและเวลาที่สามารถเข้าศึกษาดูงานได้
2. ส่งหนังสืออนุญาตเพื่อขอเข้าศึกษาดูงานจากโรงพยาบาลต้นสังกัด (ฉบับจริง) ผ่านทางไปรษณีย์

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเลิดสิน  
โรงพยาบาลเลิดสิน เลขที่ 190 แขวงสีลม เขตบางรัก  
กรุงเทพฯ 10500

3. ให้อัปโหลดแบบฟอร์มและสำเนาหลักฐานเป็นรูปแบบ .pdf และส่งมาที่ Lerdsin.er@gmail.com
4. ผล ATK สามารถส่งผลผ่านทาง email: Lerdsin.er@gmail.com ภายใน 48 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการศึกษาดูงาน

**สอบถามเพิ่มเติม**

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ชั้น G อาคาร 33 ปี โรงพยาบาลเลิดสิน  
190 ถนนสีลม แขวงศรีเวียง เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500  
โทรศัพท์ 02-353-9603 (คุณกัญต์สินี)  
อีเมลล์ : Lerdsin.er@gmail.com