



กรมการแพทย์  
โรงพยาบาลเลิดสิน

ใบสมัครแพทย์ผู้ช่วยวิจัย  
Application Form for Research Fellow  
สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง กลุ่มงานศัลยศาสตร์  
โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

รูปถ่าย  
1 นิ้ว

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**ข้อมูลทั่วไปของผู้สมัคร**

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นพ./พญ. ....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Miss .....

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... /..... /..... อายุ ..... ปี สถานภาพสมรส .....

เชื้อชาติ / สัญชาติ ..... ศาสนา ..... เลขที่บัตรประชาชน .....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

เบอร์โทรศัพท์ ..... E-mail .....

**วุฒิการศึกษาและการปฏิบัติงาน**

สถาบันการศึกษา/แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	ปีการศึกษา		วุฒิการศึกษา/ตำแหน่ง
	จาก	ถึง	

ขณะที่สมัคร กำลังปฏิบัติงานในตำแหน่ง ..... ที่ .....

**ผู้รับรองอย่างน้อย 2 คน (ผู้บังคับบัญชา หรือ ผู้ที่เคยให้การฝึกอบรม)**

1. ชื่อ ..... ตำแหน่ง .....

ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....

2. ชื่อ ..... ตำแหน่ง .....

ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....

3. ชื่อ ..... ตำแหน่ง .....

ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....

## หลักฐานสำหรับประกอบการพิจารณา

- ใบประเมินผลการศึกษาศาสตร์บัณฑิต (Transcript)
- ใบปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต (สำเนา)
- ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม (สำเนา)
- หนังสือรับรองอย่างน้อย 2 ฉบับ (สำเนา)
- รูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป

## ข้อตกลงของแพทย์ผู้ช่วยวิจัย

1. สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง โรงพยาบาลเลิดสิน เปิดรับแพทย์ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 ตำแหน่งต่อปีการศึกษา โดยจะต้องได้รับการคัดเลือกผ่านการสัมภาษณ์ของคณะกรรมการ
2. Research fellow มีหน้าที่ทำงานวิจัยตามหัวข้อที่ได้รับมอบหมายจากอาจารย์ที่ปรึกษาหรือที่สนใจ โดยกำหนดให้มีการรายงานความคืบหน้าทุก 2 เดือน
3. กำหนดให้ fellowship เสร็จสิ้นเมื่อ manuscript ได้รับการตอบรับเข้ากระบวนการ review โดยวารสารการแพทย์ที่มี impact factor และสืบค้นได้ใน pubmed
4. Research fellow ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยศาสตร์ตกแต่ง
5. Fellowship มีกำหนดระยะเวลาประมาณ 10-12 เดือน และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ทั้งนี้ทางสาขาศัลยศาสตร์ตกแต่งมีงบประมาณใช้สำหรับการทำวิจัยให้โดยต้องผ่านการพิจารณาจากที่ประชุมหน่วยตามสมควร
6. Research fellow ไม่ได้รับอนุญาตให้ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเฉพาะทางด้านศัลยศาสตร์ตกแต่งในช่วงระยะเวลาของ fellowship
7. Research fellow ไม่ได้รับอนุญาตในการให้การรักษา ให้คำแนะนำ สั่งยา หรือผ่าตัดโดยไม่มีอาจารย์ที่ปรึกษาควบคุม
8. คณะกรรมการมีสิทธิ์ยุติ fellowship หากเห็นว่าการทำงานไม่เหมาะสมหรือไม่คืบหน้าตามสมควร
9. คณะกรรมการมีสิทธิ์เปลี่ยนแปลงข้อกำหนดดังกล่าวข้างต้นได้ตามที่เห็นสมควร

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็น Research fellow สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง กลุ่มงานศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลเลิดสิน  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และยอมรับเงื่อนไขทั้งหมดข้างต้น

ลงชื่อ .....

( ..... )

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....