



รับวันที่...../...../.....  
เลขที่.....  
รหัสผู้สมัคร.....

รูปถ่ายขนาด  
1 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ใช้ทุน สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน  
ประจำปีการศึกษา 2563  
โครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ชื่อ - สกุล..... เพศ ( ) หญิง ( ) ชาย  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....  
ศาสนา..... สถานภาพ ( ) สมรส ( ) โสด
2. ภูมิลำเนาบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
3. ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่สามารถติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว) โทรศัพท์..... มือถือ.....  
โทรสาร.....E - mail.....  
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
4. ปัจจุบันศึกษา..... ตำแหน่ง.....  
ณ สถาบัน.....
5. รางวัลการศึกษาและ/หรือการปฏิบัติงาน.....
6. ข้าพเจ้ามีงานอดิเรก ได้แก่.....
7. ข้าพเจ้าเล่นกีฬาต่อไปนี้.....
8. ข้าพเจ้าเคยร่วมกิจกรรมนอกหลักสูตรขณะเป็นนักศึกษา.....
9. รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า จำนวน 3 ท่าน
  - 9.1 ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E - mail.....
  - 9.2 ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E - mail.....
  - 9.3 ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E - mail.....

10. ข้าพเจ้าขอสมัครเป็น ( ) แพทย์ใช้ทุน ( ) แพทย์ประจำบ้าน  
 สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. สาขาวิชาหรือสถาบันที่ได้ยื่นใบสมัครแพทย์ใช้ทุน / แพทย์ประจำบ้าน เพิ่มเติม เรียงลำดับ
- 11.1 สาขาวิชา.....สถาบัน.....
- 11.2 สาขาวิชา.....สถาบัน.....
12. โครงการศึกษาต่อ ( ) ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง ( ) ไม่ศึกษาต่อ
13. คาดว่าจะฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขา.....  
 ณ สถาบัน.....
14. รายละเอียดอื่นๆที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครเข้ารับการศึกษาเลือกเป็นแพทย์ใช้ทุน / แพทย์ประจำบ้าน ปีที่ 1
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

(ลงชื่อ).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

