



ระเบียบการสอบคัดเลือกบุคคล
เข้ารับการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์
สำนักงานแพทย์
ปีการศึกษา ๒๕๖๔

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาสัลยศาสตร์ สำนักการแพทย์

รูปถ่ายผู้สมัคร

ขนาด 2 นิ้ว

ขาวดำหรือสี

แต่งกายสุภาพ

ชื่อผู้สมัคร นาย/นาง/น.ส./อื่นๆ (กรุณาระบุ.....

เกิด วันที่/เดือนปี.....

สถานภาพการสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ ม่าย ☐ หย่า

จำนวนบุตร ☐ ไม่มี ☐ 1 คน ☐ 2 คน ☐ > 2 คน

จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย.....พ.ศ.....

ระดับปริญญาตรี.....พ.ศ.....

การศึกษาอื่นๆ.....พ.ศ.....

ปัจจุบันทำงานหรือศึกษาที่.....มาได้

นาน.....ปี

ประวัติการทำงาน 3 ปี ย้อนหลัง

.....

.....

.....

ความพร้อมทางเศรษฐกิจ

1. ที่พักอาศัยของตนเอง ☐ ไม่มี ☐ มี อยู่
ที่.....

2. รถยนต์ส่วนตัว ☐ ไม่มี ☐ มี อายุการใช้งาน.....ปี

3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนก่อนสมัครแพทย์ประจำบ้าน

☐ <20,000 บาท

☐ 20,000-40,000 บาท

☐ >40,000 บาท

ท่านมีต้นสังกัดส่งเข้าฝึกอบรมหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี

จาก.....

ความพร้อมในการเป็นศัลยแพทย์

1. สนใจเรียนเป็นศัลยแพทย์เพราะ.....

.....

2. สนใจเลือกเรียนที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

เพราะ.....

.....

.....

3. ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับระบบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของ โรงพยาบาลสังกัดสำนัก
การแพทย์ที่ควรจะเป็น

- 3.1 เน้นกิจกรรมทางวิชาการมากกว่าการดูแลผู้ป่วย ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย
- 3.2 ไม่ให้แพทย์ประจำบ้านเป็นเจ้าของไข้ผู้ป่วยเอง ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย
- 3.3 มีโอกาสได้ทำผ่าตัดใหญ่ด้วยตนเองบ่อย ๆ ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย
- 3.4 ให้อาจารย์สอนบรรยายมากกว่าอ่านหนังสือเอง ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย
- 3.5 ต้องทำงานวิจัย ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย
- 3.6 ต้องสอนนักศึกษาแพทย์ในระหว่างการปฏิบัติงาน ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย
- 3.7 ต้องขึ้นดูแลผู้ป่วยและสอนนักศึกษาแพทย์ทุกวันหยุดราชการ ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย
- 3.8 ต้องอยู่เวรนอกเวลาราชการเดือนละ 10-15 วัน ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย
- 3.9 ต้องอยู่เวรห้องฉุกเฉินตรวจผู้ป่วยนอกเวลาราชการ ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย
- 3.10 ไม่อนุญาตให้ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวนอกพร. ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....



เรื่อง การรับสมัครสอบคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรม

เป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์

สำนักงานการแพทย์

ประจำปีการศึกษา 2564

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลตากสิน
มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือก เป็นแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ สำนักงานการแพทย์
ประจำปีการศึกษา 2564

1. ลักษณะการฝึกอบรมสาขาศัลยศาสตร์

วุฒิบัตรสาขาศัลยศาสตร์ หลักสูตรการฝึกอบรม 4 ปี

2. คุณสมบัติทั่วไปของผู้มีสิทธิสมัคร

2.1 สำเร็จปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิต จากสถาบันในประเทศหรือต่างประเทศที่ได้รับการ
รับรอง และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ถ้ามีต้นสังกัดต้องจบอย่างน้อย 1 ปี และถ้าเป็น
ผู้ป่วยแบบอิสระ ไม่มีต้นสังกัด ต้องจบอย่างน้อย 2 ปีนับถึงเวลาเปิดเรียน

2.2 ผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะครบถ้วนตามเกณฑ์ของแพทยสภา

2.3 มีความประพฤติดี มีจริยธรรม ทศนคติ และเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และองค์กร มี
ความเอื้ออาทร ใส่ใจกับผู้ป่วย

2.4 มีพื้นฐานความรู้ภาษาไทยในระดับดีและภาษาอังกฤษในระดับพอใช้ได้

2.5 มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงดี สามารถปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเดือนละ 10-15 เวร

2.6 ไม่ป่วยเป็นจิตเวช ที่ต้องกินยาเป็นประจำ

2.7 ไม่มีความพิการของร่างกายที่เป็นอุปสรรค ในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เช่น นิ้วมือขาดเกิน 1 ข้อ นิ้วมือ แขนขาด ขาขาดระดับเหนือเข่า หรืออื่นๆตามแต่กรรมการสอบคัดเลือกพิจารณาตามความเหมาะสม

2.7 ไม่เคยถูกให้ออกจากที่ทำงานหรือสถาบันฝึกอบรมใด ๆ มาแล้ว เพราะความประพฤติไม่เหมาะสมหรือกระทำความผิดต่าง ๆ ที่ไม่ใช่ทางด้านวิชาการ

3. การสมัคร

ให้สมัครที่กลุ่มงานศัลยกรรมของกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกลาง หรือ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และในกรณีปกติจะต้องสมัครผ่านแพทย์สภากายในเวลาตามที่แพทย์สภากำหนด หลังจากนั้นแพทย์สภากจะส่งรายชื่อมายังกลุ่มงานศัลยกรรมอย่างเป็นทางการอีกครั้งติดต่อขอรับใบสมัครได้ที่ธุรการของกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกลาง หรือ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ หรือโรงพยาบาลตากสิน

4. การยื่นใบสมัคร

ผู้สมัครสามารถยื่นใบสมัครด้วยตนเองหรือส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ โดยต้องแนบหลักฐานดังต่อไปนี้

4.1 ใบสมัครที่กรอกข้อความ ลงนาม และติดรูปถ่ายเรียบร้อยแล้ว

การกรอกข้อความในใบสมัคร โปรดกรอกให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

4.2 สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ

4.3 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล (ถ้ามี)

4.4 สำเนาหลักฐานการสมรส (ถ้ามี)

4.5 สำเนาทะเบียนบ้าน

4.6 สำเนาระเบียนผลการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต (transcript)

4.7 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

4.8 แบบประเมินคุณลักษณะส่วนตัวและการปฏิบัติงานจากแพทย์ที่เคยปฏิบัติงานร่วม

กับผู้สมัครมาก่อนหรือจากผู้บังคับบัญชา อย่างน้อย 1 ฉบับ โดยใช้แบบฟอร์มการประเมินและซองจดหมายที่แนบมากับใบสมัครนี้

ผู้สมัครจะต้องยื่นใบสมัครภายในเวลา 10 วัน ก่อนวันทำการสอบคัดเลือก หรือถ้าเป็นกรณีที่สมัครทางไปรษณีย์จะนับเอาวันที่ประทับตราไปรษณีย์ที่ซองเป็นสำคัญ

5. กำหนดวันเวลาและสถานที่สอบ

จะจัดการสอบคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน ณ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกลาง โดยจะแจ้งให้ทราบอีกครั้งหนึ่ง

6. หลักเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน โดยพิจารณาจากการสอบสัมภาษณ์ จดหมายแนะนำตัวและผลการเรียนในอดีต โดยผู้ที่มีต้นสังกัดทางราชการส่งฝึกอบรมจะได้รับการพิจารณาคัดเลือกก่อนผู้สมัครอิสระตามหลักเกณฑ์ของแพทยสภา โดยแบ่งคะแนนจากผลการเรียนในอดีต 20% จดหมายแนะนำตัว จากแพทย์ที่เคยปฏิบัติงานร่วมกับผู้สมัครมาก่อนหรือจากผู้บังคับบัญชา 30% จากการสอบสัมภาษณ์ 50%

จัดให้มีการสอบคัดเลือก โดยพิจารณาคัดเลือกผู้เข้าสอบที่ได้คะแนนสูงเรียงตามลำดับจนครบ

4 คน และในกรณีที่ได้ครบตามจำนวนแล้วจะทดสอบในครั้งต่อไปสถาบันให้โอกาสผู้เข้าสอบสมัครเข้าสอบได้เพียงครั้งเดียวเท่านั้นในวันสอบให้ผู้สมัครแต่งกายสุภาพ และมาถึงก่อนเวลาสอบอย่างน้อย 15 นาที

7. การประกาศผลสอบ

จะประกาศรายชื่อผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกและรายชื่อสำรองตามลำดับโดยจะติดผลการสอบไว้ที่website โรงพยาบาลกลาง ผู้เข้าสอบ มีปัญหาเรื่องการสมัครสอบ สอบถามได้ที่ คุณ มนทิรา หรือ

คุณ นกัศวรณ โทร. 0-2220-8000 ต่อ 8028 นพ. ชัยพร สุวิชากุล 0817532075

8. การรายงานตัว

ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกตามประกาศผลการสอบ ให้มารายงานตัว ตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์ และในกรณีดังกล่าวทางจะแจ้งให้ผู้ที่อยู่ในรายชื่อสำรองเข้ารายงานตัวแทนต่อไป

9 การขอตรวจสอบผลการคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรม

หลังประกาศผลการคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรมแล้ว ผู้ที่ไม่ได้การคัดเลือกสามารถร้องขอต่อคณะกรรมการคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรมของสถาบันฯ นั้นๆ เพื่อขอตรวจสอบคะแนนการคัดเลือกได้ แต่ต้องเป็นภายหลังจากการคัดเลือกแล้วเสร็จไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์ โดยสถาบันฝึกอบรมฯ จะเปิดเผยเฉพาะคะแนนของผู้ที่ร้องขอเท่านั้น ผู้ร้องขอไม่สามารถตรวจสอบคะแนนของผู้เข้ารับการคัดเลือกคนอื่นๆ ได้

แบบประเมินคุณลักษณะส่วนตัวและการปฏิบัติงาน

ชื่อผู้สมัคร.....

ชื่อผู้ประเมิน.....

ตำแหน่งของผู้ประเมิน

สถานที่ทำงาน

โทร.....

ผู้ประเมินเกี่ยวข้องกับผู้สมัครในฐานะเป็น

.....

ได้มีโอกาสปฏิบัติงานร่วมกับผู้สมัคร ☐ ทำงานใกล้ชิดและเห็นผู้สมัครเกือบทุกวัน

☐ ทำงานใกล้ชิดหรือเห็นผู้สมัครเกือบทุกวัน

☐ มีโอกาสพบผู้สมัครนานๆ ครั้ง

ข้าพเจ้าขอประเมินผู้สมัครในลักษณะต่อไปนี้ (ขีดเครื่องหมายถูก)

คุณลักษณะ	ดีมาก	ค่อนข้างดี	พอใช้	ไม่ดี	ไม่แน่ใจ
1. ความรับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วย					
2. ความรู้ ความสนใจทางวิชาการ					
3. มนุษยสัมพันธ์ต่อเพื่อนร่วมงาน					
4. ความเมตตา กรุณาต่อผู้ป่วย					
5. ความเสียสละเพื่อส่วนรวม					
โดยสรุปคิดว่าผู้สมัคร					

ท่านคิดว่าผู้สมัครจะเป็นศัลยแพทย์ที่ดีหรือไม่

☐ ได้

☐ ไม่ได้

จากการได้รู้จักผู้สมัครในช่วงเวลาที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่ประทับใจในความทรงจำของข้าพเจ้ามากที่สุด
เกี่ยวกับผู้สมัครในด้านดี คือ

.....

.....

.....

.....

.....

จากการได้รู้จักผู้สมัครในช่วงเวลาที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่ประทับใจในความทรงจำของข้าพเจ้ามากที่สุด
เกี่ยวกับผู้สมัครในด้านไม่ดี คือ

.....

.....

.....

.....

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ

.....

.....

.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

...../...../.....

(โปรดผนึกซองมาไว้ให้แน่นหนาแล้วให้ผู้สมัครจัดการนำส่งโดยข้อมูลทุกอย่างในแบบประเมินนี้จะถูกเปิด

ออกโดยคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและความคิดเห็นทุกอย่างของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ)

