

ระเบียบการสอบคัดเลือกบุคคล
เข้ารับการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์
กรุงเทพมหานคร - ศิริราช
ปีการศึกษา 2566



ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้าน สาขาศัลยศาสตร์

กรุงเทพมหานคร - ศิริราช

รูปถ่ายผู้สมัคร

ขนาด 2 นิ้ว

ขาวดำหรือสี

แต่งกายสุภาพ

ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร นาย/นาง/น.ส./อื่นๆ

วันเดือนปีเกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ออกให้ ณ วันที่

สถานภาพการสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

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

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

คุณวุฒิทางการศึกษา ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต

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

สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....

อายุการทำงาน.....ปี

ประสบการณ์การทำงาน (ย้อนหลัง 3 ปี)

พ.ศ.2563.....

พ.ศ.2564.....

พ.ศ.2565.....

ความพร้อมทางเศรษฐกิจ

1. ที่พักอาศัยของตนเอง ☐ ไม่มี ☐ มี อยู่ที่.....

2. รถยนต์ส่วนตัว ☐ ไม่มี ☐ มี

3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนก่อนสมัครแพทย์ประจำบ้าน

☐ <20,000 บาท

☐ 20,000-40,000 บาท

☐ >40,000 บาท

ท่านมีต้นสังกัดส่งเข้าฝึกอบรมหรือไม่

☐ ไม่มีต้นสังกัด ☐ มีต้นสังกัด (ระบุชื่อต้นสังกัด).....

รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร

(ผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดอย่างน้อย 2 คน ตรงกับหลักฐานที่ส่งพร้อมใบสมัคร)

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่-โทรศัพท์
1.		
2.		

ความพร้อมในการเป็นศิษย์แพทย์

1. สนใจเรียนเป็นศิษย์แพทย์เพราะ.....

.....

2. สนใจเลือกเรียนที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพราะ.....

.....

.....

3. ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับระบบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ที่ควรจะเป็น

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 ต้องสอนนักศึกษาแพทย์ในระหว่างการทำงาน

☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย

3.7 ต้องขึ้นดูแลผู้ป่วยและสอนนักศึกษาแพทย์ทุกวันหยุดราชการ

☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย

3.8 ต้องอยู่เวรนอกเวลาราชการเดือนละ 10-15 วัน

☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย

3.9 ต้องอยู่เวรห้องฉุกเฉินตรวจผู้ป่วยนอกเวลาราชการ

☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย

3.10 ไม่อนุญาตให้ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวนอกโรงพยาบาล

☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

เรื่อง การรับสมัครสอบคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรม

เป็นแพทย์ประจำบ้าน สาขาศัลยศาสตร์

กรุงเทพมหานคร - ศิริราช

ประจำปีการศึกษา 2566

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลตากสินร่วมกับ
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือก
เป็นแพทย์ประจำบ้านกรุงเทพมหานคร-ศิริราช ประจำปีการศึกษา 2566

1. ลักษณะการฝึกอบรมสาขาศัลยศาสตร์

วุฒิบัตรสาขาศัลยศาสตร์ หลักสูตรการฝึกอบรม 4 ปี

2. คุณสมบัติทั่วไปของผู้มีสิทธิสมัคร

2.1 สำเร็จปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิต จากสถาบันในประเทศหรือต่างประเทศที่ได้รับการรับรอง
และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

2.2 ผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะครบถ้วนตามเกณฑ์ของแพทยสภา

2.3 มีความประพฤติดี

2.4 มีพื้นฐานความรู้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษดี

2.5 มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงดี สามารถปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเดือนละ 10-15 เวร

2.5 ไม่เคยถูกไล่ออกจากที่ทำงานหรือสถาบันฝึกอบรมใด ๆ มาแล้ว เพราะความประพฤติไม่เหมาะสม
หรือกระทำความผิดต่าง ๆ ที่ไม่ใช่ทางด้านวิชาการ

3. การสมัคร

ให้สมัครที่กลุ่มงานศัลยกรรมของกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกลาง และในกรณีปกติจะต้องสมัคร
ผ่านแพทยสภาภายในเวลาตามที่แพทยสภากำหนด หลังจากนั้นแพทยสภาจะส่งรายชื่อมายังกลุ่มงาน
ศัลยกรรมอย่างเป็นทางการอีกครั้งติดต่อขอรับใบสมัครได้ที่ธุรการของกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกลาง
หรือดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบสมัครได้ที่ www.klanghospital.go.th

4. การยื่นใบสมัคร

ผู้สมัครสามารถยื่นใบสมัครด้วยตนเองหรือส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ จนถึงวันที่ 15 กันยายน 2566
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 สำเนาระเบียนผลการศึกษาศาสนาแพทยศาสตรบัณฑิต (transcript)

4.7 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

4.8 แบบประเมินคุณลักษณะส่วนตัวและการปฏิบัติงานจากแพทย์ที่เคยปฏิบัติงานร่วม

กับผู้สมัครมาก่อนหรือจากผู้บังคับบัญชา อย่างน้อย 1 ฉบับ โดยใช้แบบฟอร์มการประเมิน และของจดหมายที่แนบมากับใบสมัครนี้

4.9 หนังสือรับรองต้นสังกัดหรือรับรองว่าจะเป็นต้นสังกัด (ถ้ามี)

ผู้สมัครจะต้องยื่นใบสมัครภายในระยะเวลาที่กำหนด ก่อนวันทำการสอบคัดเลือก หรือถ้าเป็นกรณีที่สมัครทางไปรษณีย์จะนับเอาวันที่ประทับตราไปรษณีย์ที่ซองเป็นสำคัญ

5. กำหนดวันเวลาและสถานที่สอบ

จะจัดการสอบคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน ณ โรงพยาบาลกลาง จะแจ้งให้ทราบอีกครั้งหนึ่ง

5. หลักเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน โดยพิจารณาจากการสอบสัมภาษณ์ จดหมายแนะนำตัวและผลการเรียนในอดีต โดยผู้ที่มีต้นสังกัดทางราชการส่งฝึกอบรมจะได้รับการพิจารณาคัดเลือกก่อนผู้สมัครอิสระ ตามหลักเกณฑ์ของแพทยสภา โดยแบ่งคะแนนจากผลการเรียนในอดีต 20% จดหมายแนะนำตัว จากแพทย์ที่เคยปฏิบัติงานร่วมกับผู้สมัครมาก่อนหรือจากผู้บังคับบัญชา 30% จากการสอบสัมภาษณ์ 50%

จัดให้มีการสอบคัดเลือก โดยพิจารณาคัดเลือกผู้เข้าสอบที่ได้คะแนนสูงเรียงตามลำดับจนครบ 4 คน และในกรณีที่ได้ครบตามจำนวนแล้วจะงดสอบในครั้งต่อไป

ภาควิชาศัลยศาสตร์ให้โอกาสผู้เข้าสอบสมัครเข้าสอบได้เพียงครั้งเดียวเท่านั้น

ในวันสอบให้ผู้สมัครแต่งกายสุภาพ และมาถึงก่อนเวลาสอบอย่างน้อย 20 นาที

6. การประกาศผลสอบ

จะประกาศรายชื่อผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกและรายชื่อสำรองตามลำดับสามารถติดตามผลการสอบได้ที่เว็บไซต์ www.klanghospital.go.th , <http://www.ckphosp.go.th>

7. การรายงานตัว

ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกตามประกาศผลการสอบ ให้มารายงานตัว ตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์ และในกรณีดังกล่าวทางจะแจ้งให้ผู้ที่อยู่ในรายชื่อสำรองเข้ารายงานตัวแทนต่อไป

8. การจัดส่งเอกสารการสมัคร

ผู้สนใจ ส่งแบบแสดงความจำนง กรอกข้อมูลครบถ้วนและหลักการสมัคร ส่งเอกสารทางจดหมาย (EMS)ได้ที่

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกลาง

514 ถนนหลวง แขวงป้อมปราบ

เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร 10100

ติดต่อได้ที่ หัวหน้าภาควิชา (นพ.ณรงค์ บุญญากาศ) 08-1651-7303

คุณ

แผนกธุรการกลุ่มงานศัลยกรรม โทร 02-220-8000 ต่อ 11260, 8028 (คุณมนทิรา เลขากลุ่มงาน-ศัลยกรรม)

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 เหตุการณ์ที่ประทับใจในความทรงจำของข้าพเจ้ามากที่สุดเกี่ยวกับผู้สมัครในด้านดี คือ

.....

.....

.....

.....

.....

จากการได้รู้จักผู้สมัครในช่วงเวลาที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่ประทับใจในความทรงจำของข้าพเจ้ามากที่สุดเกี่ยวกับ
ผู้สมัครในด้านไม่ดี คือ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

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

(โปรดผนึกซองมาไว้ให้แน่นหนาแล้วให้ผู้สมัครจัดการนำส่งโดยข้อมูลทุกอย่างในแบบประเมินนี้จะถูกเปิด
ออกโดยคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและความคิดเห็นทุกอย่างของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ)