

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
เลขที่รับ..... 95  
วันที่ - 7 ม.ค. 2556  
เวลา..... 14.00

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์  
เลขที่รับ..... 908  
วันที่ 5 ม.ค. 2556 9.40

งานการเจ้าหน้าที่



ที่ ศธ ๐๕๑๔.๗.๒.๒๑ / ๐. ๐๕๘๘

โครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน  
คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๒

๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน  
ประจำปีการฝึกอบรม ๒๕๕๖ (รอบที่ ๒)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน จำนวน ๑ ชุด

ด้วย โครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีความประสงค์จะรับสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ประจำปีการฝึกอบรม ๒๕๕๖ (รอบที่ ๒) จำนวน ๒ อัตรา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- ๑. แพทย์ประจำบ้าน ผู้มีต้นสังกัดและไม่มีต้นสังกัด (อิสระ)
- ๒. หลักฐานการสมัคร ได้แก่
  - ๒.๑ Transcript
  - ๒.๒ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ แผ่น
  - ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
  - ๒.๔ หนังสือ Recommendation จำนวน ๑ ฉบับ จากหัวหน้างาน / หัวหน้าหน่วย
  - ๒.๕ หนังสือรับรองจากต้นสังกัด (กรณีผู้มีต้นสังกัด)
  - ๒.๖ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม)

๓. กำหนดการรับสมัคร ตั้งแต่บัดนี้ - วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๕๕

๔. การยื่นสมัคร : ยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ โครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อาคาร สว.๒ ชั้น ๓ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือยื่นใบสมัครทางไปรษณีย์ ส่งถึง โครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ๔๐๐๐๒

๕. กำหนดสอบสัมภาษณ์ วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๖ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ๔ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สนใจติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๔๓ - ๓๖๖๘๖๙  
ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ทางโครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์ให้แก่แพทย์ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลทราบโดยทั่วกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ทำในนาม  
แพทย์

(นางฉวีวรรณ ขมภูเข)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (รองศาสตราจารย์รณรงค์ พุทธิสวลี)

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

โครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน  
โทรศัพท์ : ๐๔๓ - ๓๖๖๘๖๙, โทรสาร: ๐๔๓ - ๓๖๖๘๗๐,  
E-mail: md221@kku.ac.th

เว็บไซต์ "เป็นคณะแพทยศาสตร์ที่มีความเป็นเลิศ ๑ ใน ๕๐ อันดับแรกของเอเชีย ในปี ๒๐๒๐"

เรียน นพ. สสจ.กาฬสินธุ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรด

- ให้แจ้ง รพ. ทุกแห่ง , ปสจ.กม
- ให้แจ้ง สสอ. สสจ. ทุกแห่ง
- ให้แจ้ง รพ. สสอ. สสจ. ทุกแห่ง
- หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน
- หัวหน้ากลุ่มงาน.....
- ปิดประกาศ ปสจ. กม Website

(นางฉวีวรรณ ขมภูเข)

นักวิชาการบุคคลชำนาญการ  
หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
11 ต.ค. 56



ใบสมัครแพทย์ใช้ทุน / แพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รูปถ่ายขนาด  
1 นิ้ว

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..... แด้มเฉลี่ย.....  
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 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. สาขาวิชาหรือสถาบันที่ได้ยื่นใบสมัครแพทย์ใช้ทุน / แพทย์ประจำบ้าน เพิ่มเติม เรียงลำดับ
- 11.1 สาขาวิชา.....สถาบัน.....
- 11.2 สาขาวิชา.....สถาบัน.....
12. โครงการศึกษาต่อ ( ) ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง ( ) ไม่ศึกษาต่อ
13. คาดว่าจะฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขา.....  
ณ สถาบัน.....
14. รายละเอียดอื่น ๆ ที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครเข้ารับการศึกษาเลือกเป็นแพทย์ใช้ทุน / แพทย์ประจำบ้าน ปีที่ 1
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

(ลงชื่อ).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....