



คำขอสมัครสอบ
Basic sciences เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ
ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจักษุวิทยา
ประจำปีการฝึกอบรม 2561

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

นามผู้สมัคร (นาย, นาง, นางสาว, ยศ).....อายุ.....ปี
นามสกุลเดิม.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เลขที่บัตรประชาชน.....ออกโดย.....

ภูมิลำเนา เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้ทันที ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ใหม่หลังจากยื่นคำขอต้องแจ้งให้ราชวิทยาลัย
จักษุแพทย์แห่งประเทศไทยทราบทันที)

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ประวัติการศึกษา

จบแพทยศาสตรบัณฑิตเมื่อ ปี พ.ศ.....จากสถาบัน.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....

โดยที่ขณะนี้ข้าพเจ้ากำลังฝึกอบรมในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาจักษุวิทยา ฉบับปี พ.ศ.

๒๕๖๐

- เป็นแพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่
- เป็นแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานเฉพาะสาขาจักษุวิทยา ชั้นปีที่ /5 ปี
- อื่นๆ

ในสถาบัน

มีความประสงค์ขอ

- สมัครสอบ basic sciences เพื่อวุฒิบัตร ฯ โดยข้าพเจ้า ได้สมัครสอบครั้งนี้เป็น
- ครั้งแรก
- ครั้งที่ 2
- ครั้งที่ 3

โดยได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาพร้อมคำขอนี้

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาว่ากำลังอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้าน หรือแพทย์ใช้ทุนชั้นปีนั้นๆ
- หลักฐานการจ่ายค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ จำนวนเงิน 3,000 บาท

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ

1. ค่าใช้จ่ายในการสมัครสอบ เป็นค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบ basic sciences เพื่อวุฒิบัตร 3,000 บาท (ซึ่งจะไม่มีค่าธรรมเนียมให้ไม่ว่าในกรณีใด)
2. ใบคำขอสมัครสอบและเอกสารหลักฐานต่างๆทั้งหมด ถ่ายสำเนาอย่างละ 1 ชุด รวมเป็น 2 ชุด เช่นชื่อรับรองสำเนาเอกสารทุกชุด
3. ในกรณีเปลี่ยนนามสกุล ให้แนบหลักฐานมาด้วย เช่นใบทะเบียนสมรส
4. การชำระค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบ ดังนี้
โอนเข้าบัญชี “ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย” ธนาคารกสิกรไทย สาขาเพชรบุรีตัดใหม่ บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 028 -2-00851 -5 (กรุณาแนบสำเนาใบโอนหรือหลักฐาน slip การโอนผ่านช่องทาง electronic ของธนาคารมาด้วย และไม่รับชำระเป็นเงินสด)

ภาควิชารวบรวมเอกสารของผู้สมัครทุกคนส่งที่

ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี

ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่

ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 0-2718-0715-6 โทรสาร 0-2718-0717

หมดเขตรับสมัครวันที่ 15 มกราคม 2562