

งานบริการการศึกษา
เลขรับ..... 1084
วันที่..... 24 พ.ย. 2561
เวลา..... 15.38



วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
เลขรับ..... 4854
วันที่..... 20 พ.ย. 2561
เวลา..... 18.08

ที่ สธ ๐๔๐๕.๒๔/ว ๗

สถาบันบำราศนราดูร
๓๘ ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบประกาศรับสมัครแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒

ด้วยสถาบันบำราศนราดูร จะรับสมัครแพทย์เพิ่มพูนทักษะ รุ่นที่ ๔ ประจำปี ๒๕๖๒ จะเปิดรับสมัครแพทย์เพิ่มพูนทักษะประจำปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๒ อัตรา

สถาบันบำราศนราดูร มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ ๖ ซึ่งกำลังศึกษาและจะสำเร็จการศึกษาในปี ๒๕๖๒ ทราบเพื่อเป็นข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจ เลือกสถานที่ปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะต่อไป ทั้งนี้ ผู้สนใจสามารถดูกำหนดการ และรายละเอียดการรับสมัครได้ที่ <https://ddc.moph.go.th> หรือ <http://bamras.ddc.moph.go.th>

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ปิดประกาศและประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๖ ทราบโดยทั่วกัน จะเป็นพระคุณ

เรียน คุณหญิงพร สิงห์เป็ป

เพื่อโปรดพิจารณา

เพื่อโปรดทราบ

อื่นๆ - ปอ.ส. วิชา ๖๓

20 พ.ย. ๖1

ขอแสดงความนับถือ

จำเอก

(รังสรรค์ งามกุลแสน)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

งานฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๓๖๔๕, ๓๔๗๕



ประกาศสถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค
เรื่อง การรับสมัครแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ประจำปี ๒๕๖๒

๑. รับแพทย์เพิ่มพูนทักษะจำนวน ๑๒ อัตรา

๒. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๒.๑ สัญชาติไทยโดยกำเนิด อายุไม่เกิน ๓๐ ปี นับถึงวันสมัคร

๒.๒ ผ่านการสอบจากศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศ.ร.ว) ของแพทยสภา ชั้นตอนที่ ๑ ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน (basic medical sciences) และชั้นตอนที่ ๒ ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (Clinical sciences)

๒.๓ นักศึกษาแพทย์ที่จบจากสถาบันของรัฐบาล และต้องมีต้นสังกัดในการส่งตัวเพิ่มพูนทักษะ

๒.๔ ไม่เป็นผู้ประพฤติเสื่อมเสีย ทั้งเรื่องส่วนตัว การศึกษา การปฏิบัติงาน และศีลธรรม

๒.๕ ไม่เป็นผู้เสพยาเสพติด หรือสารเคมีเสพติดให้โทษ

๒.๖ ไม่มีประวัติหรืออยู่ในระหว่างการดำเนินคดีอาญา

๒.๗ มีสุขภาพร่างกายและจิตที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

๒.๘ หากคุณสมบัติไม่เข้าข้อหนึ่งข้อใดข้างต้นให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการและผู้อำนวยการสถาบัน

๓. หลักฐานการสมัคร (ส่งใบสมัครที่ E-mail tc.trainingcenter@gmail.com)

๓.๑ ใบสมัครแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่กรอกข้อมูลเรียบร้อย (ตามแบบฟอร์ม)

๓.๒ รูปถ่ายสีหรือขาวดำ เห็นใบหน้าตรงชัดเจน ไม่สวมแว่น ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป (ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)

๓.๓ สำเนาใบรับรองการศึกษา (Transcript) ปี ๑-๕ หรือล่าสุด

๓.๔ สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๕ สำเนาทะเบียนบ้านตนเอง จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๖ หนังสือรับรองการเป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๖ จากสถาบันที่กำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๗ ผลการสอบประเมินและรับรองความรู้ ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศ.ร.ว) ของแพทยสภา ชั้นตอนที่ ๑ และ ชั้นตอนที่ ๒

๓.๘ หนังสือรับรองจากต้นสังกัดที่ส่งตัวเพิ่มพูนทักษะ(เข้าสู่ส่งภายในวันสอบสัมภาษณ์)

หมายเหตุ***นำหลักฐานตัวจริง ข้อ ๓.๑-๓.๘ มาในวันสอบสัมภาษณ์

กำหนดวันรับสมัคร

เปิดรับสมัคร ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ถึง ๒๕ มกราคม ๒๕๖๒ ในวันและเวลาราชการ ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

วิธีสมัคร

๑. ผู้สมัครสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบสมัครที่ <http://bamras.ddc.moph.go.th>

๒. เอกสารการรับสมัครต้องส่งให้ครบภายในวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๒

๓. วิธีนำส่งเอกสาร

๓.๑ ด้วยตนเองที่งานการเจ้าหน้าที่ สถาบันข้าราชการ ตึกอำนวยการชั้น ๒ คุณน้ำค้าง โทร ๐๒-๕๕๐-๓๔๗๑

๓.๒ จัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์ที่งานการเจ้าหน้าที่ สถาบันข้าราชการ เลขที่ ๓๘ หมู่ ๔ ตำบลตลาดขวัญ ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๓.๓ ส่งสแกนสำเนาเอกสารทางอีเมล tc.trainingcenter@gmail.com ภายในวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๒

แจ้งรายชื่อผู้สมัครที่เข้าสู่ระบบการคัดเลือกทางโทรศัพท์หรือ อีเมล และตรวจสอบรายชื่อได้ที่ทาง <http://bamras.ddc.moph.go.th>

กำหนดการสอบสัมภาษณ์

สถานที่และเวลาสัมภาษณ์ วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ และ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ ห้องประชุมไพลิน ตึกอาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น ๗

ประกาศผลการคัดเลือก

สถาบันจะแจ้งให้ทราบภายหลังทางโทรศัพท์และอีเมล และสามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่ทาง <http://bamras.ddc.moph.go.th>

ติดต่อสอบถาม

พ.ญ ศรัณยา ประสิทธิศิริกุล ๐๘๑-๖๓๘-๓๑๔๓

น.ส ชลิตา กระออมแก้ว ๐๙๕-๕๖๘-๙๖๙๖



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะในกระทรวงสาธารณสุข
สำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะสถาบันบำราศนราดูรประจำปี ๒๕๖๒

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ประวัติการศึกษา
โรงเรียนชั้นมัธยมปลาย.....จังหวัด.....
สถาบันการศึกษาแพทย์.....
ปีที่เข้ารับการศึกษ พ.ศ.....จบการศึกษา พ.ศ.....
หากยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คาดว่าจะได้รับเดือน,
และขณะนี้ ผ่าน NL ชั้นที่.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้.....
โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์บ้าน.....
E-Mail.....Line ID.....
กรณีที่ถูกเชิญบุคคลที่สามารถติดต่อได้.....เกี่ยวข้องกับผู้สมัคร.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
ได้รับทุนจากต้นสังกัด.....

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....