



วิจัย	739162
เลขที่รับ	21 ก.พ. 2562
วันที่	15.4
เวลา	

ที่ สธ ๐๘๐๓.๓/ว ๒๕๖

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

งานบริหารบุคคล
เลขที่รับ ๐๐๔๒๓
รับ ๒๒ ก.พ. ๒๕๖๒
เวลา ๑๓.๑๕ น.

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครแพทย์ใช้ทุนเพื่อบรรจุเข้ารับราชการ

เรียน คณะบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาประกาศรับสมัครแพทย์ชดใช้ทุนรัฐบาล จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมสุขภาพจิต จะดำเนินการรับสมัครแพทย์ใช้ทุนรัฐบาลเพื่อบรรจุเข้ารับราชการและ
ส่งไปเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน ปีการศึกษา ๒๕๖๓
จำนวน ๒ อัตรา โดยกำหนดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๒

กรมสุขภาพจิต จึงขอประชาสัมพันธ์การรับสมัครดังกล่าว ให้แพทย์ที่มีความประสงค์
จะบรรจุเข้ารับราชการที่กรมสุขภาพจิต และต้องการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง
สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน ปีการศึกษา ๒๕๖๓ โดยสามารถ download ประกาศ
และใบสมัครได้ที่เว็บไซต์ www.dmh.go.th , www.hr.dmh.go.th ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่หมายเลข
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๘๐๗๖ ในวันและเวลาราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ในการประชาสัมพันธ์ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายพงศ์เทพ เทพกาญจนา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ผู้บัญชาการและโฆษกของกรมสุขภาพจิต

กองบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๘๐๗๖

โทรสาร ๐ ๒๕๕๙ ๕๕๑๘

นายพงษ์พัฒน์ เสนอหม

นายพงษ์พัฒน์ เสนอหม

บุคลากร
๒๕ ก.พ. ๒๕๖๒

เรียน รองคณบดีฝ่ายบริหาร

เพื่อโปรดพิจารณา

เพื่อทราบ

เก็บไว้ใช้ต่อของ งานบริหารบุคคล

ประจำสำนักงาน เริ่ม ๑๕.๐๓.๒๕๖๒

นางสาวกนกอร กรินทร์ภักดี

๒๒ ก.พ. ๒๕๖๒

นายแพทย์ประวี อ้าพันธ์

รองคณบดีฝ่ายบริหาร 25 ก.พ. 2562

ใบสมัครขอรับทุน
การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน
สาขาจิตเวชศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน
ประจำปี ๒๕๖๓
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

รูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

๑. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร.....

นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ ๖ มหาวิทยาลัย.....

คะแนนเฉลี่ยสะสม เมื่อจบการศึกษา ชั้นปีที่ ๕.....

๒. มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง หลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน

สาขาจิตเวชศาสตร์

สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน

๓. สถานที่ติดต่อได้สะดวก

บ้าน/หอพัก..... เลขที่..... ซอย.....

ถนน..... เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

อีเมล.....

๔. อุดมการณ์ในการเป็นแพทย์

.....
.....
.....
.....
.....
.....

๕. การสอบเพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

มีผลการสอบขั้นตอนที่ ๑ การประเมินความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน

มีผลการสอบขั้นตอนที่ ๒ การประเมินความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

อยู่ระหว่างรอสอบขั้นตอนที่ ๓ การประเมินทักษะและหัตถการทางคลินิก

ในวันที่..... เดือน.....

อื่น ๆ

/ ๖. ในกรณี...

๖. ในกรณีที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต หรือสอบเพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ไม่ผ่าน กรมสุขภาพจิตจะถือว่าไม่มีสิทธิได้รับการรับรองเป็นต้นสังกัด

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....

- หมายเหตุ**
๑. สนใจยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐาน
 - หนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาในชั้นปีที่ ๖
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

ได้ที่ E-mail : sanya๐๙๑๐๓๘๗๔๔@gmail.com , โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๘๐๗๖