



ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ใบสมัครสมาชิกสามัญ

สาขาวิชาตามวุฒิปับัตร/หนังสืออนุมัติ

1.....

2.....

ประวัติส่วนตัว

ชื่อภาษาไทย

ชื่อภาษาอังกฤษ

ที่อยู่ี่ทำงาน

..... โทรศัพท์

ที่อยู่ที่บ้าน

..... โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ E-mail

วัน / เดือน / ปี เกิด.....เลขประจำตัวประชาชน.....เลขประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ชื่อภรรยา หรือ สามี

ต้องการให้ติดต่อตาม (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น)

ที่อยู่ที่ทำงาน

ที่อยู่ที่บ้าน

ประวัติการศึกษา

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. จากสถาบัน

ได้รับวุฒิปับัตรสาขาศัลยศาสตร์ พ.ศ. จากสถาบัน

ได้รับวุฒิปับัตรสาขาอื่นเพิ่มเติม พ.ศ. จากสถาบัน

การศึกษาเพิ่มเติมอย่างอื่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย

ประวัติการปฏิบัติงานและตำแหน่งในอดีต

.....

สมาชิกสมาคมวิชาชีพทางการแพทย์

.....

ชื่อสมาชิกเพื่อการรับรอง 2 ท่าน (ผู้สมัครต้องเป็นผู้ติดต่อโดยตรงเพื่อให้สมาชิกรับรอง)

1. นาม

ที่อยู่

2. นาม

ที่อยู่

ส่วนนี้สำหรับสำนักงานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ผ่านการพิจารณาเบื้องต้น วันที่

ผ่านการพิจารณารับเป็นสมาชิก วันที่

ลงนาม ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ / /

เอกสารประกอบการสมัครเป็นสมาชิก ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

1. สำเนาวุฒิบัตรฯ หรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา (รับรองสำเนาถูกต้อง)
2. รูปถ่ายขนาด 1-2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
3. ค่าสมัคร 5,000 บาท เงินสด / เช็ค หรือ ธนาคัติ สั่งจ่าย

“ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย” ปณฝ. เพชรบุรีตัดใหม่ 10311
หรือโอนเงินเข้าบัญชี “ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย” ธนาคารกรุงไทย จำกัด
(มหาชน) เลขที่ 041-0-03332-4 และแนบใบโอนเงินมาพร้อมใบสมัคร

4. ผู้สมัครลงนามในใบสมัคร

*** กรอกใบสมัครให้ครบถ้วน และส่งกลับมายัง

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 6 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310 ***



ราชวิทยาลัยสัตยแพทย์แห่งประเทศไทย

นามผู้สมัครเป็นสมาชิกใหม่

ความคิดเห็นของสมาชิกผู้รับรอง **ข้าพเจ้า** นามสกุล

ที่อยู่/ที่ทำงาน

- ข้าพเจ้ารู้จักผู้สมัครมาเป็นเวลา ปี
- ข้าพเจ้ารู้จักผู้สมัครในฐานะสัตยแพทย์ ปี
- ขณะนี้ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่ในสถาบันเดียวกับท่าน ใช่ ไม่ใช่
- ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรมของผู้สมัครดังนี้
 - เหมาะสมเป็นสมาชิกราชวิทยาลัยฯ
 - ไม่เหมาะสมเป็นสมาชิกฯ (กรุณาให้ข้อมูล)

.....

ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับจริยธรรมและการปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆของผู้สมัคร ดังนี้

- เหมาะสมเป็นสมาชิกราชวิทยาลัยฯ
- ไม่เหมาะสมเป็นสมาชิกฯ (กรุณาให้ข้อมูล)

.....

ท่านทราบว่าผู้สมัครเคยมีความประพฤติหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่นๆในการจะเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยฯ หรือไม่

- ไม่มี
- มี (กรุณาให้ข้อมูล)

ลงนาม

(.....)

วันที่

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



ราชวิทยาลัยสัตยแพทย์แห่งประเทศไทย

นามผู้สมัครเป็นสมาชิกใหม่

ความคิดเห็นของสมาชิกผู้รับรอง **ข้าพเจ้า** นามสกุล

ที่อยู่/ที่ทำงาน

- ข้าพเจ้ารู้จักผู้สมัครมาเป็นเวลา ปี
- ข้าพเจ้ารู้จักผู้สมัครในฐานะสัตยแพทย์ ปี
- ขณะนี้ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่ในสถาบันเดียวกับท่าน ใช่ ไม่ใช่
- ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรมของผู้สมัครดังนี้
 เหมาะสมเป็นสมาชิกราชวิทยาลัยฯ
 ไม่เหมาะสมเป็นสมาชิกฯ (กรุณาให้ข้อมูล)

-
-
- ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับจริยธรรมและการปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆของผู้สมัคร ดังนี้
- เหมาะสมเป็นสมาชิกราชวิทยาลัยฯ
 - ไม่เหมาะสมเป็นสมาชิกฯ (กรุณาให้ข้อมูล)

-
-
- ท่านทราบว่าผู้สมัครเคยมีความประพฤติหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่นๆในการจะเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยฯ หรือไม่
- ไม่มี
 - มี (กรุณาให้ข้อมูล)

ลงนาม

(.....)

วันที่

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