



รับสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขากุมารศาสตร์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ปีการศึกษา ๒๕๖๒ (รอบ ๒)
(เริ่มเรียน ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒)

เปิดรับสมัคร

วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ - วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๒
กำหนดวันสัมภาษณ์จะแจ้งให้ทราบภายหลัง

เอกสารใบสมัคร



<https://goo.gl/SRWKm>

ข้อแนะนำ

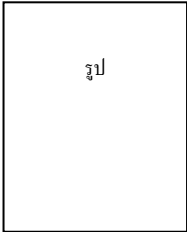
๑. กรุณากรอกเอกสารใบสมัครด้วยตนเอง ให้ครบทุกช่อง
๒. ที่อยู่สำหรับจัดส่งใบสมัคร
กลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
๓. ทั้งนี้เพื่อผลประโยชน์ของผู้สมัคร
ทุกครั้งที่ส่งเอกสารกรุณา โทรสอบถามด้วยว่าเอกสารดังกล่าวได้รับหรือไม่

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๙๕

LINE ID: surgeryunit

surgeryunit@hotmail.com



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขากุมารศัลยศาสตร์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ประจำปีการศึกษา 2562 (รอบ 2)

1.	ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)	นามสกุล
2.	เกิดวันที่	เดือน พ.ศ. อายุ
3.	ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว	
	บ้านเลขที่	หมู่ที่ ซอย ถนน
	ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต จังหวัด
	เบอร์โทรศัพท์	E-mail
4.	สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน	
	กลุ่มงาน/ฝ่าย	โรงพยาบาล
	อำเภอ	จังหวัด เบอร์โทรศัพท์
5.	สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก :	ปีที่จบ พ.ศ.
6.	ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ :	เมื่อปี พ.ศ.
7.	โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล :	
	ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี	ถึง วัน/เดือน/ปี
8.	ประสบการณ์การทำงานหลังโครงการเพิ่มพูนทักษะ	
	โรงพยาบาล	จังหวัด พ.ศ.
	โรงพยาบาล	จังหวัด พ.ศ.
	โรงพยาบาล	จังหวัด พ.ศ.
9.	ภาระการชดใช้ทุน	
	<input type="checkbox"/> ไม่มี ปฏิบัติครบ 3 ปีแล้ว <input type="checkbox"/> ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว <input type="checkbox"/> มี ปฏิบัติมาแล้ว.....ปี	
10.	สิทธิในการสมัคร	
	<input type="checkbox"/> ไม่มีคืนสังกัด <input type="checkbox"/> มีคืนสังกัด ชื่อโรงพยาบาล.....	
11.	รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชา และ/หรือ ผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)	
	1. ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง
	ที่อยู่	โทรศัพท์
	2. ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง
	ที่อยู่	โทรศัพท์
12.	หลักฐานประกอบการสมัคร	
	1. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต	
	2. สำเนาปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต	
	3. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม	
	4. สำเนาหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่าน โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ	
	5. สำเนาบัตรประชาชน	
	6. เอกสารแนะนำตัว ผลงาน หรือรางวัลที่เคยได้รับ	
	ลงชื่อ.....	ผู้สมัคร
	(.....)	
	วันที่...../...../.....	

หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านกุมารศัลยศาสตร์

กลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โรงพยาบาลเด็ก) เปิดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านกุมารศัลยศาสตร์ หลักสูตร ๓ ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งนับเป็นการฝึกอบรมในสาขาดังกล่าวเป็นครั้งแรกของประเทศ ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน นับตั้งแต่ปีการศึกษา ๒๕๔๕ แพทยสภาและราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย กำหนดให้เพิ่มเวลาของหลักสูตรเป็น ๔ ปี

เป้าหมาย

แพทย์ผู้ผ่านการฝึกอบรมเป็นกุมารศัลยแพทย์ที่มีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีสามารถสร้างหน่วยงานเฉพาะทางกุมารศัลยกรรม ในโรงพยาบาลต้นสังกัดเพื่อดูแลประชาชนในส่วนภูมิภาค และสามารถถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขอื่นได้เป็นอย่างดี

ประสบการณ์การเรียนรู้

ปีที่ ๑ ปฏิบัติงานในสาขาศัลยศาสตร์ และศัลยศาสตร์อนุสาขาค่าอื่นในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ดังนี้

โรงพยาบาลราชวิถี	๗	เดือน
โรงพยาบาลเลิดสิน	๑	เดือน
โรงพยาบาลนพรัตน์ฯ	๑	เดือน
สถาบันสุขภาพเด็กฯ	๓	เดือน

ปีที่ ๒ ปฏิบัติงานในสาขากุมารศัลยศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

สถาบันสุขภาพเด็กฯ	๑๐	เดือน
NICU สถาบันสุขภาพเด็ก	๑	เดือน
Pediatric surgical pathology (สถาบันพยาธิวิทยา)	๑	เดือน

ปีที่ ๓ ปฏิบัติงานในสาขากุมารศัลยศาสตร์ ดังนี้

สถาบันสุขภาพเด็กฯ	๘	เดือน
Endoscopy โรงพยาบาลราชวิถี	๑	เดือน
Free elective	๑	เดือน
Minimal invasive surgery (ต่างประเทศ)	๑	เดือน
Research in Pediatric surgery	๑	เดือน

ปีที่ ๔ ปฏิบัติงานในสาขากุมารศัลยศาสตร์ ดังนี้

สถาบันสุขภาพเด็กฯ	๑๐	เดือน
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	๑	เดือน
Trauma โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	๑	เดือน

การประเมินผล

๑. In-training examination ปีละ ๒ ครั้ง
๒. การสอบเพื่อวุฒิบัตร เมื่อจบการฝึกอบรม