

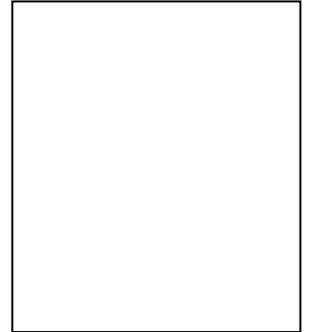


ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย  
THE ROYAL THAI COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

ใบสมัครสอบ

เพื่อหนังสืออนุมัติฯ แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
อนุสาขาเวชศาสตร์ทางเพศ

เลขที่.....  
เลขที่สมาชิกของราชวิทยาลัยฯ.....  
เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ชื่อผู้สมัคร (ภาษาไทย) นายแพทย์, แพทย์หญิง.....อายุ.....ปี  
(ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์).....

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

สัญชาติ..... สถานภาพ..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (บ้าน)..... มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail.....

**ประวัติการศึกษา การปฏิบัติงาน และการฝึกอบรม**

จบแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อ พ.ศ..... จากสถาบัน.....

แพทย์ฝึกหัดที่..... ตั้งแต่..... ถึง.....

**การปฏิบัติงานหลังจากได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม**

| โรงพยาบาล | ตำแหน่ง | ตั้งแต่ | ถึง |
|-----------|---------|---------|-----|
|-----------|---------|---------|-----|

.....

.....

**การฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง**

| โรงพยาบาล | ตำแหน่ง | ตั้งแต่ | ถึง |
|-----------|---------|---------|-----|
|-----------|---------|---------|-----|

.....

.....

ปฏิบัติงานฝึกอบรมอนุสาขาเวชศาสตร์ทางเพศ ตั้งแต่ปี พ.ศ..... โรงพยาบาล.....  
ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....และได้แนบหลักฐานต่าง ๆ  
มาพร้อมคำขอนี้

- [ ] ใบสมัครสอบฯ จำนวน 1 ชุด
- [ ] ใบแสดงหลักฐานใบอนุญาตให้ปฏิบัติงานเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ทางเพศ หรือ  
ประกาศนียบัตร หรือวุฒิบัตรฯ อนุสาขาเวชศาสตร์ทางเพศ จากสถาบันฝึกอบรมในต่างประเทศที่สำเร็จ  
การศึกษา จำนวน 1 ชุด
- [ ] สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 1 ชุด
- [ ] สำเนาใบวุฒิบัตรฯ หรือหนังสืออนุมัติฯ สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จำนวน 1 ชุด
- [ ] รูปถ่ายภายในระยะเวลา 2 ปี ขนาด 2x2 นิ้ว จำนวน 3 รูป
- [ ] สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด
- [ ] สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ชุด
- [ ] สำเนาการเปลี่ยนแปลงชื่อและนามสกุล (ถ้ามี) จำนวน 1 ชุด

ข้าพเจ้าขอสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติฯ แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขา  
เวชศาสตร์ทางเพศ ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นและเอกสารที่ยื่นในวันนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อผู้ขอ.....  
วันที่.....ยื่นใบสมัคร

#### **หมายเหตุ**

1. ค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบจำนวนเงิน 22,600 บาท (สองหมื่นสองพันหกร้อยบาทถ้วน)  
โอนเข้าบัญชี : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย  
บัญชีออมทรัพย์ : เลขที่ 041-1-28592-0  
ธนาคารกรุงไทย สาขากนนเพชรบุรีตัดใหม่
2. ติดต่อยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐาน **ภายในวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2568**  
ที่สำนักงานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี  
ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร 10310  
โทรศัพท์ : 0-2716-5725 E-mail : sc-rtcog@rtcog.or.th