



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
THE ROYAL THAI COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

ใบสมัครสอบ

เพื่อหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
อนุสาขามะเร็งวิทยานรีเวช

เลขที่

เลขที่สมาชิกของราชวิทยาลัยฯ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

สัญชาติ.....สถานภาพ.....ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....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
-----------	---------	---------	-----

.....

.....

ปฏิบัติงานฝึกอบรมอนุสาขามะเร็งนรีเวชวิทยา ตั้งแต่ปี พ.ศ.....โรงพยาบาล.....
ไปประกอบโรคศิลป์วิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....
และได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาพร้อมคำขอนี้

- [] ใบสมัครสอบฯ จำนวน ๑ ชุด
- [] หนังสือรับรองว่าได้ผ่านการฝึกอบรมครบตามหลักสูตรอนุสาขามะเร็งวิทยานรีเวช จากสถาบันในต่างประเทศ
ที่แพทย์สภารับรองหรือหนังสือรับรองว่าเป็นผู้ปฏิบัติงานใน อนุสาขามะเร็งนรีเวชวิทยาในสถาบันที่มีการ
ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในประเทศไทยเป็นระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า ๕ ปี จำนวน ๑ ชุด
- [] สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน ๑ ชุด
- [] สำเนาใบวุฒิบัตรฯ หรือหนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จำนวน ๑ ชุด
- [] รูปถ่ายภายในระยะเวลา ๒ ปี ขนาด ๒x๒ นิ้ว จำนวน ๓ รูป
- [] สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
- [] สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ชุด
- [] สำเนาการเปลี่ยนแปลงชื่อและนามสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ชุด

ข้าพเจ้าขอสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขามะเร็ง
นรีเวชวิทยา ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นและเอกสารที่ยื่นในวันนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อผู้ขอ.....

วันที่.....ยื่นใบสมัคร

หมายเหตุ ๑. ค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบจำนวนเงิน ๒๒,๖๐๐ บาท (สองหมื่นสองพันหกร้อยบาทถ้วน)

โอนเข้าบัญชี : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

บัญชีออมทรัพย์ : เลขที่ ๐๔๑-๑-๒๘๕๙๒-๐

ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่

๒. ติดต่อยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานภายในวันที่ **๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔**

ที่สำนักงานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๕ โทรสาร : ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๐ E-mail : sc-rtcog@rtcog.or.th