



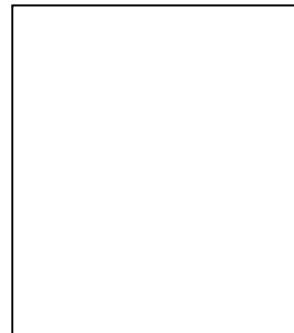
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

THE ROYAL THAI COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

ใบสมัครสอบ

เพื่อหนังสืออนุมัติฯ แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

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
.....
.....

ปฏิบัติงานฝึกอบรมอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ..... โรงพยาบาล.....
ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....และได้แนบหลักฐานต่างๆ
มาพร้อมคำขอนี้

- [] ใบสมัครสอบฯ จำนวน 1 ชุด
- [] ใบแสดงหลักฐานใบอนุญาตให้ปฏิบัติงานเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์หรือประกาศนียบัตรหรือวุฒิบัตรฯ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ จากสถาบันฝึกอบรมในต่างประเทศที่สำเร็จการศึกษาจำนวน 1 ชุด
- [] สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 1 ชุด
- [] สำเนาใบวุฒิบัตรฯ หรือหนังสืออนุมัติฯ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา 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
เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ 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 : 0-2716-5722 E-mail : sc-rtcog@rtcog.or.th