

แบบฟอร์มการสมัครเข้าฝึกอบรมเป็นเฟลโลว์สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ประจำปีการศึกษา พ.ศ.

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

เพศ..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... สถานภาพ

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้.....

..... โทรศัพท์

มือถือ Email

ชื่อ-นามสกุล (บิดา)..... อายุ ปี อาชีพ

ชื่อ-นามสกุล (มารดา)..... อายุ ปี อาชีพ

ที่อยู่(บิดา-มารดา).....

..... โทรศัพท์

ชื่อ-นามสกุล (คู่สมรส)..... อายุ ปี อาชีพ

() สมัครอิสระ

() สมัครโดยมีต้นสังกัด

ประวัติการศึกษา (เริ่มจากอุดมศึกษาขึ้นมา)

ระดับการศึกษา	พ.ศ-พ.ศ.วุฒิ	เกรดเฉลี่ย	เกียรตินิยม	สถาบันที่ศึกษา
.....
.....
.....
.....

ได้รับวุฒิปริญญาสาขาอายุรศาสตร์เลขที่..... วัน/เดือน/ปี

ประวัติการทำงานที่ผ่านมา

ตำแหน่ง	พ.ศ. - พ.ศ.	สถาบันที่ทำงาน
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ผลงานทางวิชาการ และรางวัล

1.....

2.....

3.....

ความสามารถพิเศษ

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ชื่อ / ตำแหน่ง / ที่อยู่ของผู้รับรอง จำนวน 3 ท่าน

- 1.....
- 2.....
- 3.....

(**หมายเหตุ** กรุณาส่งจดหมายรับรองให้หัวหน้าสถาบันที่ให้การฝึกอบรมโดยตรง)

สถาบันที่ต้องการเข้ารับการฝึกอบรม (เรียงลำดับ)

- 1.....
- 2.....

จุดมุ่งหมาย และความคาดหวังในการเข้าอบรม

- 1.....
- 2.....
- 3.....

เหตุผลที่เลือกฝึกอบรมสถาบันนี้

.....

.....

.....

หัวข้อที่สนใจในการทำวิจัย

- 1.....
- 2.....
- 3.....

****โปรดทราบ ผู้ฝึกอบรมจะต้องเรียน MSC ตามระเบียบของภาควิชาอายุรศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์จุฬาฯ****

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วันที่สมัคร / /

เอกสารแนบพร้อมใบสมัคร มีดังนี้

- 1. รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 ใบ
- 2. สำเนา transcript
- 3. สำเนาปริญญาบัตร
- 4. สำเนาใบประกอบวิชาชีพ
- 5. ประวัติส่วนตัว
- 6. หนังสือรับรอง จำนวน 3 ฉบับ