

วันที่

รูปถ่าย

ขนาด 1 นิ้ว

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัคร

ชื่อ – นามสกุล นาย / นาง / นางสาว

Mr. / Mrs. / Miss.

ชื่อเล่น..... Specialty..... Sub - Specialty.....

เลขบัตรประชาชน.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ เลขที่.....

ทักษะทางภาษา

ภาษา	พอใช้	ดี	ดีเยี่ยม

วันและเวลาที่ต้องการออกตรวจ.....

ต้องการออกตรวจที่ (แผนก/คลินิก).....

ตำแหน่ง

- ☐ แพทย์ประจำ (Full Time)
- ☐ แพทย์ที่ปรึกษาออกตรวจ OPD (Consultant)
- ☐ แพทย์ที่ปรึกษานำผู้ป่วยเข้ามารักษาเป็นผู้ป่วยใน
- ☐ แพทย์เวรนอกเวลา แผนก..... หรือมาปฏิบัติหน้าที่อยู่เวรแทน
นพ./พญ.
- ☐ แพทย์ผู้ช่วยผ่าตัดของ นพ./พญ.
- ☐ วิสัญญีแพทย์ให้กับแพทย์ผ่าตัด ชื่อ นพ./พญ.
- ☐ แพทย์ผู้ช่วยวิสัญญีของ นพ./พญ.
- ☐ อื่น ๆ.....

****ในกรณีที่แพทย์ผู้ช่วย / ผู้ช่วยแพทย์ กรุณาแนบจดหมายรับรองจากแพทย์ที่ร่วมงานมาด้วย**

วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

สถานภาพการสมรส ☐ โสด (Single) ☐ สมรสจดทะเบียน ☐ หย่า ☐ หม้าย

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... ซอย ถนน.....

ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทร. มือถือ E – Mail สัญชาติ

เชื้อชาติ ศาสนา สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาล/คลินิก.....

เลขที่..... ซอย ถนน ตำบล / แขวง

อำเภอ / เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทร..... บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลข ออกโดย

วันหมดอายุ

...../...../.....เลขที่บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี.....เลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ที่ต้องการให้ทางโรงพยาบาลโอนค่าแพทย์ให้
(ประเภทออมทรัพย์)

ธนาคาร..... สาขา

ชื่อบัญชี.....

เลขที่บัญชี (เพื่อความถูกต้องกรุณาแนบสำเนาน้ำบัญชี)

การศึกษา

ปริญญาเริ่มปีการศึกษา.....ถึงปี.....

สถาบัน..... Internshipsเริ่มปีการศึกษา.....ถึงปี.....

สถาบัน.....Residenciesเริ่มปีการศึกษา.....ถึงปี.....

สถาบัน.....Fellowships.....เริ่มปีการศึกษา.....ถึงปี.....

สถาบัน.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ทันตกรรม เลขที่.....

ออกโดยวันที่ออก.....

Board Certifications

1. ปี

2. ปี

3. ปี

ประวัติครอบครัว

คู่สมรสวันเดือนปีเกิด.....

บุตร

1.วันเดือนปีเกิด.....

2.วันเดือนปีเกิด.....

3.วันเดือนปีเกิด.....

บิดา.....วันเดือนปีเกิด.....

มารดา.....วันเดือนปีเกิด.....

ประสบการณ์การทำงาน

กรุณาเรียงลำดับจากปัจจุบันลงไป โดยไม่รวมถึงการเป็น internship, residency หรือ fellowship ที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว หากมีช่วงเวลาหยุดของการเปลี่ยนที่ทำงานมากกว่า 30 วัน กรุณาอธิบายเพิ่มเติม

1. ที่ทำงานปัจจุบัน.....
ที่อยู่..... เบอร์ติดต่อ.....
ตำแหน่งสุดท้ายที่ได้รับ เริ่มทำงานตั้งแต่..... ถึง.....
2. ที่ทำงานเดิม
ที่อยู่..... เบอร์ติดต่อ.....
ตำแหน่งสุดท้ายที่ได้รับ..... เริ่มทำงานตั้งแต่..... ถึง.....
3. ที่ทำงานเดิม.....
ที่อยู่..... เบอร์ติดต่อ.....
ตำแหน่งสุดท้ายที่ได้รับ..... เริ่มทำงานตั้งแต่..... ถึง.....

บุคคลอ้างอิงที่สัมพันธ์กับงานที่สมัคร

- 1..... ตำแหน่ง ความสัมพันธ์.....
ที่อยู่..... โทร
- 2..... ตำแหน่ง..... ความสัมพันธ์.....
ที่อยู่..... โทร

ประกันวิชาชีพ

1. ท่านมีประกันวิชาชีพหรือไม่
☐ มี วันที่มีผล..... วันหมดอายุ..... บริษัทประกัน.....
☐ ไม่มี
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธ/ ระงับ/ ยกเลิก/ จำกัด หรือไม่ต่ออายุกรมธรรม์ประกันวิชาชีพหรือไม่
☐ เคย ☐ ไม่เคย

Professional liability actions

1. ท่านเคยถูกพิจารณาความผิดทางวิชาชีพใด ๆ หรือไม่
☐ เคย ☐ ไม่เคย
2. ท่านหรือตัวแทนเคยชำระค่าใช้จ่ายใด ๆ อันเกิดจากการเรียกร้องความผิดทางวิชาชีพหรือไม่
☐ เคย ☐ ไม่เคย
3. ขณะนี้ท่านอยู่ในกระบวนการพิจารณาความผิดทางวิชาชีพใด ๆ หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4. เคยมีใครฟ้องร้องท่านในเรื่องที่เกี่ยวกับการรักษาหรือไม่
☐ เคย ☐ ไม่เคย

Criminal action

1. ท่านเคยถูกดำเนินคดีก่อความผิดอาญาร้ายแรงใดหรือไม่

☐ เคย ☐ ไม่เคย

2. ท่านเคยได้รับการร้องเรียนทางแพ่งหรืออาญาใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการล่วงละเมิดทางเพศ การทารุณกรรมเด็ก การก่อความรุนแรง หรือการ ร้องเรียนทางแพ่งหรือทางอาญาอื่น ๆ หรือไม่

☐ เคย ☐ ไม่เคย

Medical condition

1. ท่านมีสภาวะทางร่างกาย/ จิตใจบกพร่องซึ่งอาจไปจำกัดความสามารถในการรักษาซึ่งต้องใช้ทักษะหรือมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. ท่านมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจใด ๆ ทั้ง acute หรือ chronic ซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษาหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าหากใช่ โปรดอธิบาย

Chemical substances alcohol abuse

1. ปัจจุบัน ท่านใช้สารเสพติดที่ถูกกฎหมายหรือไม่ถูกกฎหมายใด ๆ หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. ปัจจุบัน ท่านเสพสิ่งมีนเมาหรือสารเสพติดที่อยู่ในการควบคุมใด ๆ หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. หากท่านใช้สิ่งมีนเมาหรือสารเสพติดควบคุม ท่านใช้ในการใด ๆ แล้วจำกัดความสามารถในการรักษาซึ่งต้องใช้ทักษะหรือมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

Adverse or other action

1. ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือการสมัครเพื่อขอใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมของท่านเคยถูกปฏิเสธ/ ลด/ จำกัด/ เลื่อนการพิจารณา/ ไม่ต่ออายุ/ ระงับหรือเพิกถอนทั้งโดยสมัครใจและไม่สมัครใจหรือไม่

☐ เคย ☐ ไม่เคย

2. ท่านเคยได้รับการร้องเรียนหรือปรับในด้านอาญา แพ่ง หรือผิดวินัยจากหน่วยงานรัฐหรือผู้ดูแลใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. ท่านไม่ได้รับการต่ออายุวุฒิบัตรหรือไม่ได้ไปทำการต่ออายุวุฒิบัตรใดหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4. สิทธิในการรักษาของท่าน ณ สถานพยาบาลใด ๆ ที่ท่านเคยอยู่ เคยปฏิเสธ/ ลด/ จำกัด/ เลื่อนการพิจารณา/ ไม่ต่ออายุ/ ระงับหรือเพิกถอน หรือไม่

☐ เคย ☐ ไม่เคย

5. ท่านเคยถูกถอดถอนหรือยกเลิกการต่ออายุสิทธิในการรักษาของท่านทั้งโดยสมัครใจและไม่สมัครใจจากสถานพยาบาลใด ๆ หรือไม่

☐ เคย ☐ ไม่เคย

6. ขณะนี้ท่านอยู่ในกระบวนการพิจารณาความผิดทางวินัยจากสถานพยาบาลใด ๆ หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับว่า การให้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือละเว้นการให้ข้อมูลนั้น นอกเหนือจากการทำผิดกฎหมายแล้ว
สามารถทำให้ข้าพเจ้าถูกปฏิเสธหรือถูกหยุดการปฏิบัติงาน ณ ศูนย์การแพทย์ธรรมศาสตร์ ได้ทันที
และข้าพเจ้ายินดีที่จะแจ้งให้ศูนย์การแพทย์ธรรมศาสตร์ทราบโดยทันที หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในภายภาคหน้า
บริษัทจะเก็บรักษาประวัติข้อมูลส่วนตัวของท่านไว้เป็นความลับ และจะใช้เฉพาะกับศูนย์การแพทย์ธรรมศาสตร์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะเผยแพร่ข้อมูลเพื่อประชาสัมพันธ์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ เว็บไซต์ของศูนย์การแพทย์ธรรมศาสตร์ (www.tham-c.com) ในระบบจองคิวแพทย์
- ☐ ไม่ประสงค์จะเผยแพร่ข้อมูล โปรดระบุ.....

ลงชื่อ
(.....)
...../...../.....

หลักฐานประกอบการสมัคร

1. รูปถ่าย 1 รูป (**3 รูปกรณีสมัครเป็นแพทย์ประจำ)
2. สำเนาใบปริญญาบัตร, สำเนาใบวุฒิปัตร และ สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ
3. สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้าน
4. สำเนากรมธรรม์ประกันชีวิต
5. สำเนาเลขที่บัญชีธนาคารกรุงเทพ