



ที่ ขก ๐๐๓๒.๓๖/ ๑ ๕๕

โรงพยาบาลน้ำพอง
อำเภอน้ำพอง
จังหวัดขอนแก่น ๔๐๓๑๐

๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง ประชาสัมพันธ์รับสมัครต้นสังกัดแพทย์เข้าศึกษาอบรมแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา ๒๕๖๒

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.บันทึกข้อความขอสมัครรับทุนแพทย์ประจำบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๒.หลักฐานเบื้องต้นที่ต้องส่งพร้อมประกอบการสมัคร จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ได้รับจัดสรรโควตาแพทย์เข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา ๒๕๖๒ จำนวน ๓ สาขา ดังนี้

๑.กุมารเวชศาสตร์	จำนวน ๑ ทุน
๒.อายุรศาสตร์	จำนวน ๑ ทุน
๓.สูติ - นรี	จำนวน ๑ ทุน

ในการนี้ โรงพยาบาลน้ำพอง จึงขอประชาสัมพันธ์รับสมัครรับต้นสังกัดแพทย์เข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา ๒๕๖๒ ของโรงพยาบาลน้ำพองให้แพทย์ในสังกัดของท่านทราบ และแพทย์ผู้ประสงค์สมัครขอรับทุนต้นสังกัดสามารถยื่นเอกสารสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๑ และสัมภาษณ์ในวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๑ เวลา ๑๔.๐๐ น. ที่ห้องประชุมลำน้ำพอง โรงพยาบาลน้ำพอง โดยสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลน้ำพอง ๐๔๓ - ๔๔๑๕๑๕ - ๗ ต่อ ๑๖๒ หรือติดต่อ คุณคุณจงกล พลน้ำเที่ยง ๐๘๐-๔๖๒๘๙๙๑ อีเมลล์ jong19671@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้แพทย์ผู้สนใจทราบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

น.ต.ม

(นายวิชัย อัครภาคย์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง

ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร.๐ ๔๓๔๔ ๑๕๑๕ - ๗

โทรสาร ๐ ๔๓๔๔ ๑๕๑๘

หลักฐานเบื้องต้นที่ต้องส่งพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องภายในวันที่ 25 มิถุนายน 2561

1.บันทึกข้อความสมัครรับทุน

2.สำเนาใบผลการเรียน Transcript หรือสำเนาวุฒิบัตร หรืออนุมัติบัตร

3.สำเนาทะเบียนบ้านและบัตรประชาชน

4.หนังสือแนะนำตัว/รับรองการปฏิบัติงานว่ามีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการขอรับทุนต้น
สังกัด

สอบถามได้ที่ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

โทร 043 - 441515 - 7 ต่อ 162 โทรสาร 043-441518



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ

ที่ วันที่

เรื่อง ขอสมัครรับทุนแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา ๒๕๖๒

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง

ข้าพเจ้า.....เลขบัตรประชาชน.....

ตำแหน่ง.....ระดับ.....ปฏิบัติงานกลุ่มงาน.....

โรงพยาบาล.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำเร็จการศึกษาหลักสูตร.....สาขา.....จาก.....

เมื่อปีการศึกษา.....ปฏิบัติราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน

(นับถึง วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๒ ที่เปิดการศึกษา) สถานะของแพทย์ผู้สมัครเป็นแพทย์ประเภท

ทั่วไป แพทย์ที่เลี้ยง แพทย์ชนบท/อื่นๆ ให้ระบุ.....จังหวัด.....

มีความประสงค์จะขอทุนแพทย์ประจำบ้านสาขา / อนุสาขาปีการศึกษา ๒๕๖๒

โดยสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่.....

ภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....

E-mail.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

.....

(.....)

นายแพทย์.....