

ใบสมัครแพทย์
Professional Application Form

รูปถ่าย
1 นิ้ว
1 รูป

วันที่ (Date).....

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัคร (Personal Information)

ชื่อ - นามสกุล นาย/นาง/นางสาว

(NAME IN ENGLISH) Mr./Mrs./Miss.

Specialty Sub - Specialty

ทักษะทางภาษา (Language Skill)

Language	Fair	Good	Excellent

วันและเวลาที่ต้องการออกตรวจ (Clinic Schedule)

ต้องการออกตรวจที่ (ศูนย์หรือคลินิก)

รพ.กรุงเทพภูเก็ต รพ.กรุงเทพหาดใหญ่ รพ.กรุงเทพสมุย รพ.दीบุก รพ.ศิริโรจน์ รพ.กรุงเทพสุราษฎร์

ตำแหน่ง (Position) ประเภทประจำ (Full Time) ประเภทบางเวลา (Part Time) นอกเวลา (On-Call)

ประเภทเพื่อการวิจัยทางการแพทย์และทันตแพทย์ (Research) อื่นๆ

ช่วยงานเครือข่าย (Helping other network hospitals) ได้ (Yes) ไม่ได้ (No)

วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY) อายุ (Age) ปี เพศ ชาย (Male) หญิง (Female)

สถานภาพการสมรส (Marital Status) โสด (Single) สมรสจดทะเบียน (Married)

หย่า (Divorced) หม้าย (Widowed)

ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address) บ้านเลขที่ ซอย ถนน

ตำบล/ แขวง อำเภอ/ เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทร. (Tel) โทรสาร (Fax) มือถือ (Mobile)

E - Mail

สัญชาติ (Nationality) เชื้อชาติ (Race) ศาสนา (Religion)

สถานที่ทำงานปัจจุบัน (Current Office) โรงพยาบาล/ คลินิก เลขที่

ซอย ถนน ตำบล/ แขวง อำเภอ/ เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทร. (Tel) โทรสาร (Fax)

บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลข ออกโดย วันหมดอายุ/...../.....

(Identification card no.)

(Issued at)

(Expiration date)

•การศึกษา (Education)

ปริญญา (Bachelor Degree) ปี (Year)

สถาบัน (School)

Internships ปี (Year)

สถาบัน (School)

Residencies ปี (Year)

สถาบัน (School)

Fellowships ปี (Year)

สถาบัน (School)

Board Certifications

1. ปี (Year)

2. ปี (Year)

3. ปี (Year)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ (Medical License)

•ประวัติครอบครัว (Family Information)

คู่สมรส (Spouse) วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY)

บุตร (Children)

1. วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY)

2. วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY)

3. วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY)

4. วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY)

5. วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY)

บิดา (Father) วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY)

มารดา (Mother) วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY)

พี่ - น้องร่วมบิดา - มารดา (Siblings)

1. วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY)

2. วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY)

3. วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY)

4. วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY)

5. วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY)

• **ประสบการณ์การทำงาน (Work History)**

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

List chronologically (most recent first) all work engagements (including employment, self – employment, service as an independent contractor, and military service). Do not duplicate internship, residency, and fellowship information previously reported. If there is any gap of greater than 30 days in chronology, explain it on separate page.

1. ที่ทำงานปัจจุบัน (Current work place) :
ที่อยู่ (Address) : เบอร์ติดต่อ (Tel.)
ตำแหน่งสุดท้ายที่ได้รับ (Title or professional Occupation) :
เริ่มทำงานตั้งแต่ (Time in this employment : From) ถึง (to Present)

2. ที่ทำงานเดิม (Previous work place) :
ที่อยู่ (Address) : เบอร์ติดต่อ (Tel.)
ตำแหน่งสุดท้ายที่ได้รับ (Title or professional Occupation) :
เริ่มทำงานตั้งแต่ (Time in this employment : From) ถึง (to Present)

3. ที่ทำงานเดิม (Previous work place) :
ที่อยู่ (Address) : เบอร์ติดต่อ (Tel.)
ตำแหน่งสุดท้ายที่ได้รับ (Title or professional Occupation) :
เริ่มทำงานตั้งแต่ (Time in this employment : From) ถึง (to Present)

4. ที่ทำงานเดิม (Previous work place) :
ที่อยู่ (Address) : เบอร์ติดต่อ (Tel.)
ตำแหน่งสุดท้ายที่ได้รับ (Title or professional Occupation) :
เริ่มทำงานตั้งแต่ (Time in this employment : From) ถึง (to Present)

5. ที่ทำงานเดิม (Previous work place) :
ที่อยู่ (Address) : เบอร์ติดต่อ (Tel.)
ตำแหน่งสุดท้ายที่ได้รับ (Title or professional Occupation) :
เริ่มทำงานตั้งแต่ (Time in this employment : From) ถึง (to Present)

•บุคคลอ้างอิง (Reference) (กรุณาระบุ 3 ท่านที่เป็นวิชาชีพเดียวกัน ซึ่งมีใบประกอบวิชาชีพ)

1. ตำแหน่ง (Position)
ความสัมพันธ์ (Relationship) ที่อยู่ (Address)
โทร.....
2. ตำแหน่ง (Position)
ความสัมพันธ์ (Relationship) ที่อยู่ (Address)
โทร.....
3. ตำแหน่ง (Position)
ความสัมพันธ์ (Relationship) ที่อยู่ (Address)
โทร.....

•ประกันวิชาชีพ (Malpractice Liability Insurance)

มี (Yes) วันที่มีผล (Original Effective Date)

วันหมดอายุ (Expiration Date) บริษัทประกัน (Insurance Company)

ท่านเคยถูกปฏิเสธ/ ระดับ/ ยกเลิก/ จำกัด หรือไม่ต่ออายุกรมธรรม์ประกันวิชาชีพหรือไม่

Have you ever been denied or voluntarily relinquished your professional liability insurance, and/or have had

Your professional liability insurance coverage canceled, non-renewed or limits reduced ?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

•Professional liability actions

1. ท่านเคยถูกพิจารณาความผิดทางวิชาชีพใดๆ หรือไม่

Have any professional liability judgments ever been entered against you ?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

2. ท่านหรือตัวแทนเคยชำระค่าใช้จ่ายใดๆ อันเกิดจากการเรียกร้องความผิดทางวิชาชีพหรือไม่

Have and profession liability claim settlements been paid by you and/or paid on your behalf ?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

3. ขณะนี้ท่านอยู่ในกระบวนการพิจารณาความผิดทางวิชาชีพใดๆ หรือไม่

Are there any currently pending professional liability suits, action and/or claims filed against you ?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

4. เคยมีใครฟ้องร้องท่านในเรื่องที่เกี่ยวกับการรักษาหรือไม่

Has any person or entity ever been sued for your clinical action ?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

Criminal action

1. ท่านเคยถูกดำเนินคดีก่อความผิดอาญาร้ายแรงใดหรือไม่

Have you been charged with or convicted a crime (other than a minor traffic offense) in this or any other state or country and/or do you have any criminal charges pending other than minor traffic offenses in this or country ?

เคย (Yes) ไม่เคย (No)

2. ท่านเคยได้รับการร้องเรียนทางแพ่งหรืออาญาใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการล่วงละเมิดทางเพศ การทารุณกรรมเด็ก การก่อความรุนแรง หรือ การร้องเรียนทางแพ่งหรือทางอาญาอื่นๆ หรือไม่

Have you been the subject of civil or criminal complaint or administrative action or beer notified in writing that you are being investigated as the possible subject at a civil, criminal or administrative action regarding sexual misconduct, child abuse, domestic violence or others ?

เคย (Yes) ไม่เคย (No)

Medical condition

1. ท่านมีสภาวะทางร่างกาย/จิตใจบกพร่องซึ่งอาจไปจำกัดความสามารถในการรักษาซึ่งต้องใช้ทักษะหรือมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือไม่

Do you have a medical condition, physical defect or emotional impairment which in any way impairs and/or limits your ability to practice medicine with reasonable skill and safety ?

เคย (Yes) ไม่เคย (No)

2. ท่านมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจใดๆ ทั้ง acute หรือ chronic ซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษาหรือไม่

Do you any other medical conditions both chronic and acute that are being treated ? Please state

เคย (Yes) ไม่เคย (No)

ถ้าหากใช่ โปรดอธิบาย

Chemical substances alcohol abuse

1. ปัจจุบัน ท่านใช้สารเสพติดที่ถูกกฎหมายหรือไม่ถูกกฎหมายใดๆ หรือไม่

Are you currently engaged in illegal use of any legal or illegal substances ?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

2. ปัจจุบัน ท่านเสพสิ่งมีเมาหรือสารเสพติดที่อยู่ในการควบคุมใดๆ หรือไม่

Do you currently overuse and/or abuse alcohol or any other controlled substances ?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

3. หากท่านใช้สิ่งมีเมาหรือสารเสพติดควบคุม ท่านใช้ในการใดๆ แล้วจำกัดความสามารถในการรักษาซึ่งต้องใช้ทักษะหรือมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือไม่

If you use alcohol and/or chemical substances, does your use in any way impair and/or limit your ability to practice medicine with reasonable skill and safety ?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

Adverse or other action

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

Have your license to practice in any jurisdiction ever been denied, restricted, limited, suspended, revoked, canceled and/or subject application for a license ever been withdrawn ?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

2. ท่านเคยได้รับการร้องเรียนหรือปรับในด้านอาญา แพ่ง หรือผิดวินัยจากหน่วยงานรัฐหรือผู้ดูแลใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือไม่

Have you ever been reprimanded and/or fined, been the subject of a complaint and/or have you been notified in writing that you have been investigated as the possible subject of a criminal, civil or disciplinary action by any state or federal agency which license providers ?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

3. ท่านไม่ได้รับการต่ออายุวุฒิบัตรหรือไม่ได้ไปทำการต่ออายุวุฒิบัตรใดหรือไม่

Have you lost any board certification(s), and/or failed to recertify ?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

4. สิทธิในการรักษาของท่าน ณ สถานพยาบาลใดๆ ที่ท่านเคยอยู่ เคยปฏิเสธ/ ลด/ จำกัด/ เลื่อนการพิจารณา/ ไม่ต่ออายุ/ ระงับหรือเพิกถอนหรือไม่

Have you, or any of your hospital or ambulatory surgery center privileges and/or membership been denied, revoked, suspended, reduced, placed on probation, proctored, placed under mandatory consultation or non-renewed

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

5. ท่านเคยถูกถอดถอนหรือยกเลิกการต่ออายุสิทธิในการรักษาของท่านทั้งโดยสมัครใจและไม่สมัครใจจากสถานพยาบาลใดๆหรือไม่

Have you voluntarily or involuntarily relinquished or failed to seek renewal of your hospital or ambulatory surgery center privileges for any reason ?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

6. ขณะนี้ท่านอยู่ในกระบวนการพิจารณาความผิดทางวินัยจากสถานพยาบาลใดๆหรือไม่

Have any disciplinary action or proceedings been instituted against you and/or are any disciplinary action or proceeding now pending with respect to your hospital or ambulatory surgery center privileges and/or your license ?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับว่า การให้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือละเว้นการให้ข้อมูลนั้น นอกเหนือจากเป็นการทำผิดกฎหมายแล้ว สามารถทำให้ข้าพเจ้าถูกปฏิเสธหรือถูกให้ยุติการปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่ได้ทันที และข้าพเจ้ายินดีที่จะแจ้งให้โรงพยาบาลทราบโดยทันที หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในภายภาคหน้า

I represent and warrant that all of the information provided and the responses given re correct and complete to the best of my knowledge and belief. I understand that falsification or omission of information may be grounds for rejection or termination, in addition to any penalties provided by law. I further agree to promptly inform all entities to which this form was sent and not rejected of any change required to be updated in the future.

ลงชื่อ

(.....)

...../...../.....

หลักฐานประกอบการสมัคร

1. รูปถ่าย 1 รูป
2. สำเนาใบปริญญาบัตร สำเนาใบวุฒิบัตร และ สำเนาใบประกอบโรคศิลป์
3. สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรผู้เสียภาษี
4. ใบรับรองการปฏิบัติงาน 3 ฉบับ
5. สำเนารมธรรม์ประกันวิชาชีพ
6. สำเนาเลขที่บัญชีธนาคาร