



ใบสมัครเฟลโลว์ชิพ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กรณารอกใบสมัครและแนบเอกสารให้ครบถ้วน

ส่วนที่ 1 – ข้อมูลส่วนตัว

กรณาทำ เครื่องหมาย	<input type="checkbox"/> จบปริญญาเอก/เทียบเท่าปริญญาเอก แพทย์ <input type="checkbox"/> จบปริญญาเอก ไม่ใช่แพทย์	
ชื่อ-สกุล		
ที่อยู่ปัจจุบัน:		
อำเภอ	จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน: (หากแตกต่างจากด้านบน)		
เลขที่ประกันสังคม:		แฟกซ์:
โทรศัพท์:		Email Address:

ระบุเฟลโลว์ชิพที่ต้องการ

1. กิจกรรมเฟลโลว์ชิพ: (ร้อยละของเวลาที่ต้องการในแต่ละส่วน)

วิจัย 60% (กำหนด)	งานคลินิก %	การเรียนการสอน %
2. ระยะเวลาที่ต้องการ (2 ปี):	เริ่ม (วว/ตด/ปปปป)	สิ้นสุด (วว/ตด/ปปปป)

3. สาขาที่สนใจ:

- จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatric Psychiatry/Psychogeriatrics)
 จิตบำบัด (Psychotherapy)

ใบอนุญาตเกี่ยวกับวิชาชีพ:

ท่านมีเลขที่ใบประกอบวิชาชีพหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
หากมี:	เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ	หมดอายุวันที่ (วว/ตด/ปปปป)

	เลขที่ใบอนุญาตอื่นๆ	หมดอายุวันที่ (วว/ดด/ปปปป)
ประวัติการศึกษา: (เรียงจากปัจจุบันไปหาอดีต)		
ปริญญา/วุฒิปัตร์/ หนังสืออนุมัติ	มหาวิทยาลัย/สถาบัน	วันที่ (วว/ดด/ปปปป)
ประวัติการทำงาน: (เรียงจากปัจจุบันไปหาอดีต)		
วันที่	ตำแหน่ง	โรงพยาบาล, มหาวิทยาลัย, ที่อยู่

ในการสมัครนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า การศึกษาและการฝึกอบรมเฟลโลว์ชิพนี้ ไม่เป็น ส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดของแพทยสภาและ/หรือราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร	วันที่ (วว/ดด/ปปปป)
----------------------	---------------------

ส่วนที่ 2 – เอกสารแนบ

กรุณาแนบเอกสารให้สมบูรณ์

1. หนังสือรับรองการทำงานจากที่ทำงานปัจจุบัน หรือหนังสือรับรองการให้ฝึกอบรม
 2. อัตรประวัติ
 3. สำหรับแพทย์ เตรียมสำเนาเอกสารต่อไปนี้:
 - 3.1) ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต
 - 3.2) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - 3.3) วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติการฝึกอบรมเฉพาะทาง
 4. สำหรับผู้ไม่ใช่แพทย์ เตรียมสำเนาเอกสารต่อไปนี้:
 - 4.1) ปริญญาตรี/โท/เอก
 - 4.2) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (หากมี)
 5. จดหมายแนะนำ 2 ฉบับ: (ระบุชื่อ ยศ ตำแหน่งและที่อยู่ของผู้แนะนำด้านล่าง)
(อย่างน้อย 1 ท่านเป็นอาจารย์ในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน หรือหลักสูตรปริญญาเอก โดยให้ปิดผนึก)
- 5.1
- 5.2
6. เอกสาร (พิมพ์แนบต่างหาก) บรรยายวัตถุประสงค์ของการศึกษาในระดับเพลโลโลว์ชิพ สิ่งที่ต้องการจะทำ ความยาวไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ A4 ที่มีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้ (เป็นอย่างน้อย):
 - 7.1) โครงการวิจัยที่ต้องการจะทำ 1 หน้ากระดาษ A4
 - 7.2) บทบาทหน้าที่หรือภารกิจงานในปัจจุบัน
 - 7.3) เป้าหมายของเพลโลโลว์ชิพ
 - 7.4) แผนเกี่ยวกับอาชีพ/การทำงานในอนาคต

ส่วนที่ 3 – การสำแดงตน	
1. ท่านเคยต้องคดีใด ๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. ท่านเคยต้องคดีใด ๆ ที่อาจจะมีผลต่อการศึกษา เฟลโลว์ชิพหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. ท่านกำลังอยู่ในระหว่างการลงอาญาใด ๆ ที่อาจจะมีผลต่อการศึกษาเฟลโลว์ชิพหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หากท่านตอบว่า ใช่ ข้อใด ๆ ด้านบน ขอให้ระบุรายละเอียด	
4. ท่านเคยต้องคำพิพากษาคดีเกี่ยวกับเวชปฏิบัติใด ๆ มาก่อนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หากท่านตอบว่า ใช่ ขอให้ระบุรายละเอียด	
5. ท่านเคยถูกปฏิเสธ/ถูกพัก/ถูกถอน ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หากท่านตอบว่า ใช่ ขอให้ระบุรายละเอียด	
6. ท่านเคยถูกพักการเรียน ภาคทัณฑ์ หรือถูกให้ออก จากการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี/โท/เอก หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หากท่านตอบว่า ใช่ ขอให้ระบุรายละเอียด	

ส่วนที่ 4 – ตรวจสอบความครบถ้วน

หากข้อมูลไม่ครบตามรายการที่ให้กรอก จะไม่สามารถดำเนินการต่อได้ โปรดตรวจสอบความครบถ้วนของรายการในส่วนต่าง ๆ และตอบคำถาม พร้อมกับลงลายมือชื่อกำกับ

ท่านได้.....

1. กรอกเอกสารส่วนที่ 1 ครบถ้วนแล้วใช่หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ลงลายมือชื่อ
2. กรอกเอกสารส่วนที่ 2 ครบถ้วนแล้วใช่หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ลงลายมือชื่อ
3. กรอกเอกสารส่วนที่ 3 ครบถ้วนแล้วใช่หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ลงลายมือชื่อ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้และเอกสารแนบเป็นจริงและมีความสมบูรณ์ครบถ้วน
ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่าข้าพเจ้าจะถือเป็นผู้ขาดคุณสมบัติ หากเอกสารขาดความสมบูรณ์
ครบถ้วนหรือไม่เป็นจริง

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร

กรุณาส่งใบสมัครที่กรอกครบถ้วนและเอกสารที่เกี่ยวข้องไปที่:

รศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์

โครงการฝึกอบรมเฟลโลว์ชิพ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

110 ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

โทรศัพท์ +66-53-945422

แฟกซ์ +66-53-945426

Email: psychfellows.cmu@gmail.com

หรือ nahathai.wongpakaran@cmu.ac.th