



ประกาศโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

เรื่อง รับสมัครแพทย์เพื่อสรรหาและเลือกสรรเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ปี ๒๕๖๔

ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

ด้วย โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา มีความประสงค์รับสมัครและคัดเลือกแพทย์เข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ ตามที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖ สาขา ๖ ทู่น ดังนี้

๑. สาขาประสาทศัลยศาสตร์	จำนวน ๑ ทู่น
๒. สาขาจักษุวิทยา	จำนวน ๑ ทู่น
๓. สาขารังสีวินิจฉัย	จำนวน ๑ ทู่น
๔. สาขาวิสัญญีวิทยา	จำนวน ๑ ทู่น
๕. สาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น	จำนวน ๑ ทู่น
๖. อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคไต	จำนวน ๑ ทู่น

๑. คุณสมบัติแพทย์ผู้สมัคร

๑.๑ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การรับสมัครแพทย์เข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๑ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๔ (เอกสารแนบ ๑)

๒. วิธีการรับสมัคร

๒.๑ แพทย์ผู้ที่มีความประสงค์สมัครสามารถติดต่อขอรับใบสมัครได้ ณ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล อาคารอุบัติเหตุฉุกเฉินและผู้ป่วยนอก ชั้น ๒ ระหว่างวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๔ (เวลา ๐๘.๐๐-๑๖.๐๐ น) โทรศัพท์ ๐ ๔๔๓๙ ๕๐๐๐ ต่อ ๑๒๐๒

๒.๒ เงื่อนไขการรับสมัคร

ผู้สมัครจะต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การรับสมัครแพทย์เข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ ตรงตามรับสมัครจริงและจะต้องกรอกรายละเอียดต่างๆ ในใบสมัครพร้อมทั้งยื่นหลักฐานในการสมัครให้ถูกต้องครบถ้วน ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัครอันเกิดจากผู้สมัครไม่ว่ากรณีใดๆ หรือวุฒิการศึกษาไม่ตรงตามคุณสมบัติของตำแหน่งที่สมัคร อันมีผลทำให้ผู้สมัครไม่มีสิทธิสมัครตามประกาศรับสมัครดังกล่าว ให้ถือว่าการรับสมัครและการได้เข้ารับการสรรหาและเลือกสรรครั้งนี้เป็นโมฆะสำหรับผู้นั้น

๓. เอกสารหลักฐานที่ใช้ในการรับสมัคร

- |                                      |              |
|--------------------------------------|--------------|
| ๑. สำเนาใบปริญญาบัตร                 | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ระเบียบแสดงผลการศึกษา             | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. รูปถ่าย ขนาด ๑ - ๑.๕ นิ้ว         | จำนวน ๑ ใบ   |
| ๕. สำเนาบัตรประชาชน                  | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. สำเนาทะเบียนบ้าน                  | จำนวน ๑ ฉบับ |

\*\*ทั้งนี้ให้ผู้สมัครรับรองสำเนาถูกต้อง และลงชื่อกำกับในเอกสารทุกฉบับ\*\*

๔. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบคัดเลือก

โรงพยาบาลเพชรบูรณ์นครราชสีมา จะดำเนินการประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบคัดเลือก ในวันอังคารที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๔ ทางเว็บไซต์ [www.dnrh.go.th](http://www.dnrh.go.th) โรงพยาบาลเพชรบูรณ์นครราชสีมา/ หัวข้อข่าวรับสมัครงาน

๕. การสอบคัดเลือก

โรงพยาบาลเพชรบูรณ์นครราชสีมา จะดำเนินการสอบคัดเลือก ในวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๔ เวลา ๑๓.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมมงคล ณ สงขลา ชั้น ๕ อาคารอุบัติเหตุฉุกเฉินและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์นครราชสีมา

๖. ประกาศผลการคัดเลือก

โรงพยาบาลเพชรบูรณ์นครราชสีมา จะดำเนินการประกาศผลการสอบคัดเลือกแพทย์เข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ สังกัดโรงพยาบาลเพชรบูรณ์นครราชสีมา ในวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๔

๗. หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาและเลือกสรร

หลักเกณฑ์การเลือกสรร	คะแนน	วิธีประเมิน
-ความรู้ความเหมาะสมกับตำแหน่ง	๑๐๐	สอบสัมภาษณ์

ผู้ที่ถือว่าเป็นผู้ผ่านการเลือกสรรจะต้องได้คะแนนในการประเมินความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะ ในแต่ละสาขา ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ การได้รับคัดเลือกเป็นไปตามคะแนนที่สอบได้ กรณีมีผู้ได้รับการเลือกสรรมีคะแนนเท่ากัน ทางคณะกรรมการจะพิจารณาจากลำดับในการรับสมัคร

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายจรัสศักดิ์ วิจักขณาลัทธ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์นครราชสีมา



ใบสมัครเข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน  
ประจำปีการศึกษา 2565 โรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมา

ติดรูปถ่าย  
ขนาด 1-1.5 นิ้ว

- แพทย์ประจำบ้าน       แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาที่สมัคร.....
1. ชื่อ(นาย /นาง/นางสาว).....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....  
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....อัตราเงินเดือน.....บาท
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....  
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....สถานะ  โสด  สมรส  อื่นๆ.....
3. เลขบัตรประชาชน.....ที่อยู่ปัจจุบัน (ตามบัตร ประชาชน).....  
โทร.....
4. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....  
โทร.....
5. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน ฝ่าย / กลุ่มงาน.....โรงพยาบาล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
6. จบการศึกษา สถาบัน.....คุณวุฒิ.....  
เกรดเฉลี่ย.....เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....เมื่อ(ว.ด.ป.).....
- \*\*เฉพาะผู้สมัครสาขาแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเท่านั้น ข้อ 7\*\***
7. ได้รับวุฒิบัตรสาขา.....สถาบัน.....  
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....
8. ปฏิบัติราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ติดต่อกันถึงปัจจุบัน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน.....
9. ปฏิบัติงานในหน่วยงานภาคเอกชน ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ติดต่อกันถึงปัจจุบัน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน.....
10. สถานภาพของการเข้ารับการศึกษาฝึกอบรม  ไม่มีต้นสังกัด  มีต้นสังกัด.....
11. ลาศึกษาและฝึกอบรมครั้งสุดท้ายในสาขา.....สถาบัน.....  
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
12. สถานที่ปฏิบัติงานเมื่อสำเร็จการศึกษาฝึกอบรม (เลือกได้ 1 ลำดับเท่านั้น)  
 โรงพยาบาล.....จังหวัด.....  
หรือ  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

\*ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ปรากฏตามข้อ 1-12 เป็นความจริงทุกประการ หากข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลเท็จให้ทาง รพ.เพชรรัตนนครราชสีมา ยกเลิกใบสมัครได้ทันทีโดยไม่มีข้อยกเว้น\*

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## ตัวอย่าง Resume

### ประวัติส่วนตัว

ชื่อ

เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

วันเดือนปีเกิด

ที่อยู่ปัจจุบัน

โทรศัพท์มือถือ

E-mail

### ประวัติการศึกษา

ชั้นอนุบาล

ชั้นประถมศึกษา

ชั้นมัธยมศึกษา

ชั้นอุดมศึกษา

เกรดเฉลี่ยสะสม

งานอดิเรก

ความสามารถพิเศษ

ผลงาน หรือ รางวัลที่ได้รับขณะศึกษา

### ประวัติการทำงาน

เข้ารับราชการเมื่อวันที่..... ปฏิบัติงานปัจจุบันที่....

ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ขณะปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน ได้มีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรม และรับการอบรมต่างๆ ดังนี้

แรงจูงใจ/ความสนใจในสาขาที่เลือก

หมายเหตุ หัวข้อต่างๆ เป็นเพียงตัวอย่างสามารถเพิ่มเติมแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้นะคะ ^^

### เอกสารประกอบการพิจารณา

1. Resume
2. ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน 2565
3. สำเนาใบปริญญาบัตร 1 ฉบับ
4. ระเบียบแสดงผลการศึกษา (Transcript of Records) 1 ฉบับ
5. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 1 ฉบับ
6. รูปถ่าย 1 รูป (เขียนชื่อ ติดหลังรูป) รูปถ่ายเท่านั้น ไม่รับไฟล์สแกน
7. สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ
8. สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ

\*\*ส่งกลับมาที่โรงพยาบาลเทรตันนครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลในการประกอบการพิจารณา\*\*

ที่อยู่ : โรงพยาบาลเทรตันนครราชสีมา กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

345/5 หมู่ 6 ต.โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 044-395000 ต่อ 1202 E-mail : [hrdhospital2@gmail.com](mailto:hrdhospital2@gmail.com)

\*\*\*หากทางโรงพยาบาลทราบโควตาที่แน่นอนแล้วและเป็นโควตาที่ตรงกับผู้ขอทุนเสนอทางโรงพยาบาลจะ  
นัดเพื่อมาสอบสัมภาษณ์อีกครั้ง และหากประสงค์จะเปลี่ยนสาขาที่สมัครไว้ในตอนแรกต้องกรอกข้อมูลใบสมัครใหม่  
แล้วส่งกลับมายังโรงพยาบาล นะคะ\*\*\*