



โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม
 เลขที่รับ..... 2967
 วันที่..... - 9 มิ.ย. 2563
 เวลา..... 14:48
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
 ถนนพรหมเทพ อบ ๓๔๐๐๐

ที่ อบ ๐๐๓๒.๐๑๐ /ว ๕๙๖๕

๙ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. สำเนาหนังสือโรงพยาบาลขอนแก่น ที่ ขก ๐๐๓๒.๑/ว ๙๙๓๒ ลงวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด
 ๒. สำเนาหนังสือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ที่ สธ. ๑๑๐๓.๒๕/ว.๒๓๔ ลงวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด
 ๓. สำเนาหนังสือคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ อว. ๐๖๐๕.๑๘/ว ๑๐๔๑ ลงวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขอส่งสำเนาหนังสือประชาสัมพันธการเข้าร่วมฝึกอบรม และการรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาต่อ ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบ ดังนี้

๑. สำเนาหนังสือโรงพยาบาลขอนแก่น ที่ ขก ๐๐๓๒.๑/ว ๙๙๓๒ ลงวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓ เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธการรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ รอบที่ ๑ จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาหนังสือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ที่ สธ. ๑๑๐๓.๒๕/ว.๒๓๔ ลงวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๓ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ และคัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรม ในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๑๕ จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาหนังสือคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ อว. ๐๖๐๕.๑๘/ว ๑๐๔๑ ลงวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๓ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธการรับสมัครบุคคลเข้าศึกษา ระดับปริญญาตรี ระบบนอกเวลาราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน ๑ ชุด

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธให้ผู้สนใจทราบโดยทั่วกัน

เรียน ผอภ.รพ.เดชอุดม

เพื่อไปทราบ

เพื่อไปพิจารณา

อ.ศ.ทอง

ขอแสดงความนับถือ

ว.วิเศษกิจ - HRD

(นายสุทธิพงษ์ ภาคทอง)

ร.ก. นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริหารสาธารณสุข)เชี่ยวชาญ
 ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๙
๗/๕๖๓

ทราบ เห็นชอบ

เห็นการแจ้ง..... 110/05 + web

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ ๐ ๔๕๒๖ ๒๖๙๒

โทรสาร ๐ ๔๕๒๔ ๓๓๐๑

(ฐานิตากัก ๐๘ ๑๔๗๐ ๓๙๑๑)

mlc
2๐๖/๐๖๓



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
 เลขรับที่ 8891
 วันที่ 26 พ.ค. 2563
 10.30
 โรงพยาบาลขอนแก่น
 ถนนศรีจันทร์ ช.ก. 40000

ที่ ขก ๐๐๓๒.๑ / ๖ ๖๖๓๒

๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ รอบที่ ๑

เรียน **กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล**

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
 เลขที่ 2906
 วันที่ 26 พ.ค 63 เวลา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. ประกาศศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน ๑ ชุด
 ๒. ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ รอบ ๑ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น มีความประสงค์เปิดรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ รอบที่ ๑ ในสาขา ดังต่อไปนี้

- | | |
|---------------------------|-------------|
| ๑. กุมารเวชศาสตร์ | จำนวน ๖ คน |
| ๒. อายุรศาสตร์ | จำนวน ๘ คน |
| ๓. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน | จำนวน ๘ คน |
| ๔. เวชศาสตร์ครอบครัว | จำนวน ๑๐ คน |
| ๕. ศัลยศาสตร์ | จำนวน ๕ คน |
| ๖. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา | จำนวน ๔ คน |
| ๗. ออร์โธปิดิกส์ | จำนวน ๕ คน |
| ๘. วิสัญญีวิทยา | จำนวน ๖ คน |

ในการนี้ โรงพยาบาลขอนแก่น จึงขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การรับสมัคร อนึ่งกรุณายื่นใบสมัครได้ที่ ศูนย์การศึกษาหลังปริญญา ชั้น ๑ อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลขอนแก่น หรือติดต่อสอบถามได้ที่ สำนักงานแพทย์สาขาต่าง ๆ ได้โดยตรง รับสมัครรอบที่ ๑ ตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ทั้งนี้ จะแจ้งกำหนดการคัดเลือกให้ทราบภายหลัง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้แพทย์ทราบโดยทั่วกัน จักเป็นพระคุณยิ่ง

กิตติ นพ. ศัลย. ๐๖.

- ดำรง รพ.ขอนแก่น ขอสงวนสิทธิ์
 ทศวรรษบัตรแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔
 รพ.ที่ ๑

ขอแสดงความนับถือ
 (นายธนชัย พนาพุดิ)
 นายแพทย์เชี่ยวชาญ

- เห็นชอบ

ศิริวิมล นพ. โสตศอนาสิก

ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
 ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

ศิริวิมล นพ. โสตศอนาสิก
 8 พ.ค. ๖๓

Prat

(นางธิดารัตน์ บุญทรง)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ศูนย์แพทยศาสตรฯ โรงพยาบาลขอนแก่น โทร. ๐๔๓ ๐๐๙๙๐๐ ต่อ ๓๗๑๖, ๑๖๐๓

ทราบ
 ดำเนินการ

(นายสุทธิพงษ์ ภาคทอง)

ร.ก.นักวิชาการสาธารณสุข(ด้านบริหารสาธารณสุข)เชี่ยวชาญ
 ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



ประกาศศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น
เรื่อง การรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔

ด้วย ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น มีความประสงค์ รับสมัคร
แพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ เพื่อเป็นแพทย์ประจำบ้าน ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งต้องปฏิบัติงานในสาขาวิชาดังต่อไปนี้

๑. กุมารเวชศาสตร์	จำนวน ๖ คน
๒. อายุรศาสตร์	จำนวน ๘ คน
๓. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	จำนวน ๘ คน
๔. เวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวน ๑๐ คน
๕. ศัลยศาสตร์	จำนวน ๕ คน
๖. สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา	จำนวน ๔ คน
๗. ออร์โธปิดิกส์	จำนวน ๕ คน
๘. วิสัญญีวิทยา	จำนวน ๖ คน

คุณสมบัติ

๑. รับสมัครผู้มีต้นสังกัดและไม่มีต้นสังกัด (อิสระ) ส่งเข้าฝึกอบรม
๒. เป็นผู้ที่ได้รับจัดสรรให้เข้าฝึกอบรมจากคณะกรรมการจัดสรรแพทย์ผู้รับทุน
๓. เป็นผู้ที่ไม่มีพันธะในการขอใช้ทุน และเป็นผู้ที่สามารถฝึกอบรมได้ตามเกณฑ์ของแพทยสภา
๔. เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานขอใช้ทุนครบถ้วนแล้ว

วัน เวลา เปิดรับสมัคร

รอบที่ ๑ เปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้ – จนถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ (เว้นวันหยุดราชการ)
หากส่งใบสมัครและเอกสารทางไปรษณีย์ จะต้องส่งด้วยบริการด่วนพิเศษ EMS ภายในวันที่ ๓๑
กรกฎาคม ๒๕๖๓ (ถือวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ)

รอบที่ ๒

- (ก) รับสมัครผู้มีต้นสังกัดและไม่มีต้นสังกัด (อิสระ)
 - (ข) จะต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมในสาขาหนึ่งสาขาใดในรอบที่ ๑ แล้ว
 - (ค) วันเวลาและสถานที่ รับสมัครในรอบที่ ๒ จะประกาศให้ทราบอีกครั้งภายหลังรอบที่ ๑
- ประกาศผล

วิธีการสมัคร

- ยื่นใบสมัครที่ศูนย์การศึกษาหลังปริญญา ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น ชั้น ๑ อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลขอนแก่น
- หรือประสานหรือติดต่อมาโดยตรงที่ คุณจิราภรณ์ ผกากรอง เบอร์ ๐๘๖ - ๒๓๒๔๐๕๙ โทรสาร ๐๔๓-๐๐๙๙๐๐ ต่อ ๑๖๐๓ , ๓๗๑๖

หลักฐานและเอกสารประกอบการรับสมัคร

ในการสมัคร ผู้สมัครจะต้องจัดเตรียมเอกสารหลักฐาน ดังนี้

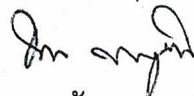
- (๑) ใบสมัคร แต่ละสำเนาให้ติดรูปถ่ายขนาด ๑ นิ้วถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ แผ่น
- (๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- (๓) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล / ใบทะเบียนสมรส (ในกรณีที่เปลี่ยนชื่อ - สกุล)
- (๔) สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต สำหรับผู้สมัครที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีสุดท้าย ให้ส่งสำเนาใบแสดงผลการศึกษางจนถึงปัจจุบัน พร้อมหนังสือรับรองว่าจะสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรีก่อนวันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๓
- (๕) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (๖) สำเนาใบปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต
- (๖) สำเนาหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ หรือหนังสือรับรองการปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๓ หรือหนังสือรับรองการปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาค ๔๒ เดือน (เฉพาะการสมัครสาขาประเภทที่ ๓)
- (๗) สำเนาประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ออกให้โดยแพทยสภา (เฉพาะผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๘ เป็นต้นไป ยกเว้นการสมัครสาขาประเภทที่ ๑)
- (๘) หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม) โดยใช้แบบหนังสือรับรองต้นสังกัดตามแบบที่ทางแพทยสภากำหนด) วัน เวลา สถานที่ สอบคัดเลือก จะประกาศให้ทราบภายหลัง หรือประสานงานโดยตรงผ่านผู้สมัคร และทางเว็บไซต์ศูนย์แพทยศาสตรฯ www.kkh.go.th/mec

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ : ศูนย์การศึกษาหลังปริญญา ชั้น ๑ อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลขอนแก่น โทร ๐๔๓-๐๐๕๙๐๐ ต่อ ๑๖๐๓ , ๓๗๑๖ คุณจิราภรณ์ ผกาทอง หรือ เว็บไซต์ www.kkh.go.th/mec ทาง E-mail : j.phakakong@gmail.com

เจ้าหน้าที่ของส่งใบสมัคร เรียน ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น (สมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปี ๒๕๖๔) เลขที่ ๕๔ , ๕๖ หมู่ที่ ๔ ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐

จึงประกาศมาเพื่อทราบ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายธนชัย พน้าพุดิ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก

โรงพยาบาลขอนแก่น



โรงพยาบาลขอนแก่น
Khon Kaen Hospital



ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น



รับสมัครแพทย์ประจำบ้าน
ปีการศึกษา 2564 รอบที่ 1

กุมารเวชศาสตร์	จำนวน 6 คน
อายุรศาสตร์	จำนวน 8 คน
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	จำนวน 8 คน
เวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวน 10 คน
ศัลยศาสตร์	จำนวน 5 คน
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	จำนวน 4 คน
ออร์โธปิดิกส์	จำนวน 5 คน
วิสัญญีวิทยา	จำนวน 6 คน

เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ จนถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2563

สอบถามรายละเอียดได้ที่ ศูนย์การศึกษาหลังปริญญา ชั้น 1 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลขอนแก่น

โทร 043-009900 ต่อ 1603, 3716 คุณจิรากรณี พากอง

เว็บไซต์ www.kkh.go.th/mec | E-mail : j.phakakong@gmail.com

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน (เรียน)

สาขา
ศูนย์แพทยศาสตรชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔

รูปถ่าย 1 นิ้ว

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....

Name.....Surname.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....

ศาสนา..... เพศ : () ชาย () หญิง สถานภาพสมรส : () คู่ () โสด () ม่าย () หย่า

ภูมิลำเนา

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้ทันที)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์(เบอร์บ้าน)..... โทรศัพท์ (มือถือ)..... **สามารถติดต่อได้***

E-mail :

วุฒิและการปฏิบัติงาน

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อ.....จากสถาบัน.....

วุฒิอย่างอื่น (ถ้ามี).....เป็นแพทย์ปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะที่.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ออกให้ ณ วันที่.....รางวัลการศึกษา และ/หรือการปฏิบัติงาน.....

ประวัติการปฏิบัติงาน

ที่.....จังหวัด.....ในฐานะ.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

เคยรับราชการในตำแหน่ง.....สังกัด.....

กอง.....กรม.....กระทรวง.....

อัตราเงินเดือนครั้งสุดท้าย.....บาท ระดับ.....

ขณะที่สมัครกำลังปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....ที่.....

ต้นสังกัดซึ่งส่งเข้าฝึกอบรม.....

รายชื่อผู้สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงาน จำนวน ๒ ท่าน

๑. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

๒. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

คุณสมบัติของผู้สมัคร

- () มีต้นสังกัดส่งเข้าฝึกอบรม
- () เป็นผู้ที่ได้รับจัดสรรให้เข้าฝึกอบรมจากคณะกรรมการจัดสรรแพทย์ผู้รับทุน
- () เป็นผู้ที่ไม่มีความพิการในการขอใช้ทุน
- () เป็นผู้ที่มีประวัติการทำงานขอใช้ทุนครบถ้วนแล้ว
- () ไม่มีต้นสังกัดส่งเข้าฝึกอบรม

ความประสงค์ของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน ปีที่.....ตามลำดับความต้องการ คือ

๑. สาขา.....

สถาบันที่ต้องการสมัคร.....

๑.๑

๑.๒

๒. สาขา.....(เฉพาะรอบสอง)

สถาบันที่ต้องการสมัคร.....

๒.๑

๒.๒

ได้แนบใบสำคัญต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณาด้วย คือ

- ๑. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก และไม่ใส่แว่นตาสีดำ ขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ แผ่น
- ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๒ ฉบับ
- ๓. บัตรประชาชน จำนวน ๒ ฉบับ
- ๔. ใบปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต จำนวน ๒ ฉบับ
- ๕. ประกาศนียบัตรผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ หรือหนังสือรับรองการผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะจำนวน ๒ ฉบับ
- ๖. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน ๒ ฉบับ
- ๗. ใบ Recommendation จำนวน ๒ ท่าน
- ๘. หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๙. หลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว - สกุล ฯลฯ จำนวน ๒ ฉบับ

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

กรอกใบสมัครเรียบร้อยแล้วส่งเอกสารมาที่

ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น

ถนนศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น ๔๐๐๐๐

(วงเล็บมุมของ สมัครเรียนแพทย์ประจำบ้าน ปี ๒๕๖๔)