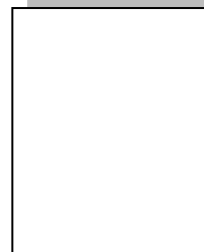




ใบสมัครแพทย์ใช้ทุน
สาขาวิชาออร์โธปิดิกส์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



เขียนที่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

1. ชื่อ-นามสกุล ภาษาไทย
ชื่อ-นามสกุลภาษาอังกฤษ.....
เพศ..... เกิดวันที่เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี
สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
เลขประจำตัวประชาชน.....
สถานภาพ ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า
2. เลขที่สมาชิกใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม (เลข ว. ถ้ามี)
3. ภูมิลำเนา
บ้านเลขที่หมู่ที่ ซอย..... ถนน.....
ตำบลอำเภอ.....จังหวัด.....
4. ที่อยู่ปัจจุบัน (สามารถติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว)
บ้านเลขที่หมู่ที่ ซอย..... ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์
E-mail
5. ปัจจุบันศึกษาอยู่ระดับ เกรดเฉลี่ย.....
จากสถาบัน.....
6. รางวัลการศึกษา หรือปฏิบัติงานที่เคยได้รับ
7. งานอดิเรก
8. กีฬาที่เล่นประจำ
9. กิจกรรมนอกหลักสูตรขณะเป็นนักศึกษา.....
.....
.....
.....
.....

10. รายชื่อผู้สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติม จำนวน 2 ท่าน

10.1 ชื่อตำแหน่ง.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

10.2 ชื่อตำแหน่ง.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

11. สถาบันอื่นที่ได้ยื่นใบสมัครเป็นแพทย์ผู้ให้สัญญา เรียงตามลำดับ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

12. ข้อมูลอื่นที่จะเป็นประโยชน์ต่อการสมัครเข้ารับการคัดเลือก (เช่น กิจกรรมอาสา E-portfolio)

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....

เอกสารส่งพร้อมใบสมัคร

1. ภาพถ่ายขนาด 3 x 4 ซม. จำนวน 2 รูป
2. ใบแสดงผลการศึกษา (Transcript) จำนวน 1 ชุด (สำเนา เซ็นรับรอง)
3. หนังสือรับรอง (recommendation) จำนวน 2 ฉบับ (ฉบับจริง)
4. คะแนนสอบภาษาอังกฤษ ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 1 ชุด (สำเนา เซ็นรับรอง)
5. ใบแสดงเจตจำนง (เหตุผล ที่สมัครเรียนสายนี้ / ความสนใจด้านงานวิจัย) จำนวน 1 ชุด

ส่งเอกสารได้ที่

คุณศราวุธ ลักขวุธ 064-7328853

อาคารเฉลิมพระบารมี ชั้น 4 สาขาวิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

*****กรณีส่งเอกสารทางไปรษณีย์ จะต้องส่งด้วยบริการด่วนพิเศษ โดยส่งภายในวันที่**

8 สิงหาคม 2568 โดยถือวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ***