

ประวัติการศึกษา และการฝึกอบรม

วุฒิการศึกษา	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา
1. ระดับปริญญา	มหาวิทยาลัย	พ.ศ.
1.1 พ.บ.ท.บ. หรือเทียบเท่า		
1.2 อื่นๆ โปรดระบุ		
1.2.1		
1.2.2		
1.2.3		

2. ระดับผู้เชี่ยวชาญ วุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติ	สถาบันฝึกอบรม ที่แพทยสภา / ทันตแพทยสภา รับรอง	ปีที่ออกหนังสือ รับรอง
2.1		
2.2		
2.3		

การฝึกอบรมอื่น ๆ	สถาบันฝึกอบรม	ปีที่ฝึกอบรม
3. ระดับ Fellow / ต่อยอด		
3.1		
3.2		

ประวัติการทำงานและความสามารถพิเศษ

1. การทำงานก่อนการฝึกอบรมเป็นแพทย์ / ทันตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ		
ตำแหน่ง	สถานที่	ช่วงเวลา
1.1 แพทย์เพิ่มพูนทักษะ		
1.2 แพทย์ / ทันตแพทย์ใช้ทุน		

2. การทำงานหลังจบการฝึกอบรมเป็นแพทย์ / ทันตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ		
ตำแหน่ง	สถานที่	ช่วงเวลา
2.1		
2.2		
2.3		
2.4		

3. ความสามารถพิเศษ		
3.1		
3.2		

แพทย์ผู้ยินดีให้ข้อมูลเกี่ยวกับท่าน (อย่างน้อย 3 ท่าน)

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	โทรศัพท์
1.		
2.		
3.		

คุณลักษณะทั่วไป

1. ท่านมีวาจาสุภาพ มีความอดกลั้น และสามารถควบคุมอารมณ์ในการปฏิบัติงานได้ดี
2. ท่านไม่มีโรคประจำตัวอันอาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรม
3. ท่านยินดีร่วมทีมทำงานกับสหสาขาวิชาชีพอย่างเต็มความสามารถ
4. ท่านยินดีปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่องค์กรแพทย์ของโรงพยาบาลวิชัยยุทธได้บัญญัติไว้
5. ท่านยินดีรักษาความลับ ข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลผ่าน information-sharing platform
6. ท่านยินดีปฏิบัติตามปรัชญาของโรงพยาบาลวิชัยยุทธคือ "การแพทย์เพื่อคุณภาพและคุณธรรม"

ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลและองค์กรแพทย์เก็บสำเนาบัตรประชาชน เลขที่บัตรประชาชน เลขที่บัญชีธนาคาร เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม รวมถึงภาพถ่ายเพื่อเป็นหลักฐาน หรือเพื่อการตรวจสอบ
2. โรงพยาบาลและองค์กรแพทย์นำส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานภายนอกอื่น ๆ ตามที่กฎหมายกำหนด เช่น ยอดรายได้ นำส่งกรมสรรพากร หรือแจ้งเลขที่บัญชีให้ธนาคาร หรือส่งข้อมูลหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องไปยังแพทยสภา หรือหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ส.พ. 6) ไปยังกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น
3. องค์กรแพทย์มีหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติของท่าน ผ่านทางสถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงการตรวจสอบหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องและการร้องเรียน ด้านจริยธรรม
4. โรงพยาบาลและองค์กรแพทย์ จะแสดงข้อมูลพื้นฐานของท่านเท่าที่จำเป็นในประกาศของโรงพยาบาล ทำเนียบแพทย์ website social media หรือวารสาร สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อการประชาสัมพันธ์แพทย์ / ทันตแพทย์ของโรงพยาบาล
5. ข้อมูลตามข้อ 1-3 อันจะสามารถบ่งชี้ความเป็นบุคคลของท่าน โรงพยาบาลจะจัดเก็บต่อไปอีกเป็นเวลา 10 ปี ก่อนจะทำลายหลังจากวันที่ท่านสิ้นสุดการเป็นแพทย์ของโรงพยาบาลวิชัยยุทธ
6. เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ทางโรงพยาบาลได้ประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัว ซึ่งท่านสามารถศึกษาได้จากเว็บไซต์ของโรงพยาบาล (www.vichaiyut.com) และเมื่อเริ่มปฏิบัติงานแล้ว ขอให้ท่านลงนามในหนังสือสัญญาให้เก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ (non-disclosure agreement) ด้วย

ข้าพเจ้ารับทราบ ยินยอมและรับรองว่าข้อมูลที่ให้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ _____ แพทย์ / ทันตแพทย์ผู้สมัคร

(_____)

วันที่ _____

เอกสารประกอบการสมัคร

1. Curriculum Vitae (CV)
2. สำเนาปริญญาบัตร
3. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
4. วุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติทั้งในและต่างประเทศ
5. หลักฐานการอบรม BLS/ACLS/PALS (ไม่หมดอายุ)
6. ประวัติการตรวจสุขภาพ (ปีล่าสุด) สำหรับศัลยแพทย์ต้องมีผลตรวจ HBsAg, Anti HBs, Anti HBc
7. สำเนาบัตรประชาชน
8. รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว 1 รูป

หน่วยธุรการองค์กรแพทย์ ชั้น 18 อาคารวิชัยยุทธเหนือ

53 ถนนเศรษฐศิริ แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0-2618-6200, 0-2265-7777 ต่อ 31882-83

E-mail : office@vichaiyut.com