



ใบคำขอลดล๊อคเพื่อสมัครเรียนแพทย์ประจำบ้านสาขาประเภทที่ 3

กรณีผู้สมัครอยู่ระหว่างฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านปีสุดท้าย เพื่อยืนยันการปลดภาระจากหน่วยงานของรัฐ หรือได้รับ
อนุมัติจากหน่วยงานของรัฐต้นสังกัด ให้เข้ารับการฝึกอบรมต่อได้ทันทีหลังสำเร็จการฝึกอบรม

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....ออกให้เมื่อวันที่.....

ข้อมูลการฝึกอบรมสาขาอายุรศาสตร์

- กำลังฝึกอบรมสาขาอายุรศาสตร์ปีสุดท้าย (ปีการฝึกอบรม 2568)
 - มีต้นสังกัด หน่วยงาน/โรงพยาบาล.....
 - สังกัดอิสระ
- จบการฝึกอบรมสาขาอายุรศาสตร์ เมื่อ ปี พ.ศ.....

ปีการฝึกอบรม 2569

- เข้าฝึกอบรม สาขา/อนุสาขา.....
- มีต้นสังกัด หน่วยงาน/โรงพยาบาล..... สังกัดอิสระ

ภาระการชดใช้ทุน หลังจบสาขาอายุรศาสตร์

- ไม่มี
- ชดใช้ทุนครบตามสัญญา ก่อนวันสมัครเข้าฝึกอบรม (*แสดงหลักฐานการปลดภาระทุน/ใบเสร็จ)
- ชดใช้ทุนครบตามสัญญา ก่อนการเริ่มฝึกอบรม (*แสดงหลักฐานการปลดภาระทุน/ใบเสร็จ)

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ข้างต้นเพื่อยืนยันการปลดภาระจากหน่วยงานของรัฐ
หรือได้รับอนุมัติจากหน่วยงานของรัฐต้นสังกัดให้เข้ารับการฝึกอบรมต่อได้ทันทีหลังสำเร็จการฝึกอบรม เป็นจริง
ทุกประการและเอกสารที่ใช้ประกอบหลักฐานอ้างอิงถูกต้อง ตามกฎหมายทุกประการ

เงื่อนไขและข้อจำกัด

การขึ้นทะเบียนเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อการสอบวุฒิบัตรในปีการฝึกอบรม 2569 ถือเป็น
โมฆะ หากคุณสมบัติไม่ครบตามประกาศแพทยสภาที่ 96/2568 เรื่องกำหนดประเภทสาขาและคุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์
เข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาประเภทที่ 1 ประเภทที่ 2 และประเภทที่ 3 ประจำปีการฝึกอบรม 2569
ก่อนวันเริ่มฝึกอบรมในวันที่ 1 กรกฎาคม 2569

ชื่อเจ้าหน้าที่รับเรื่อง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้ยื่นแบบคำขอ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โปรดส่งใบคำขอผ่านทาง E-mail rcpt.resident2569@gmail.com