

## ตัวอย่าง

### ใบแสดงความจำนงเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุนของนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญา ฯ ซึ่งสำเร็จการศึกษาประจำปีการศึกษา 2561 รอบที่ 2

- ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
รหัสนักศึกษา..... รหัสบัตรประชาชน.....  
อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....  
เป็นผู้จะสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย.....  
นอกจากทำสัญญาเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์แล้ว ข้าพเจ้ายังได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาจาก  
(ระบุชื่อทุน).....  
โดยมีข้อผูกพัน.....  
 เป็นแพทย์โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท
- สถานที่เกิด อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
ที่อยู่/สถานที่ติดต่อได้เมื่อมีเรื่องด่วน บ้านเลขที่..... ซอย/ถนน.....  
หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....
- บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....  
ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....  
อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่ที่.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
อาชีพของบิดา  รับราชการ  ธุรกิจเอกชน  รัฐวิสาหกิจ  อาชีพส่วนตัว/อิสระ  
 เกษตรกร  พ่อบ้าน  อื่น ๆ โปรดระบุ.....  
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
- มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....  
ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....  
อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่ที่.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
อาชีพของมารดา  รับราชการ  ธุรกิจเอกชน  รัฐวิสาหกิจ  อาชีพส่วนตัว/อิสระ  
 เกษตรกร  แม่บ้าน  อื่น ๆ โปรดระบุ.....  
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
- วุฒิการศึกษา (เดิม) ชื่อสถานศึกษา อำเภอ/เขต เริ่มศึกษา สำเร็จการศึกษา  
ของนักศึกษา และจังหวัด พ.ศ. พ.ศ.  
ประถมศึกษาปีที่ 6 .....  
มัธยมศึกษาปีที่ 3 .....  
มัธยมศึกษาปีที่ 6 .....
- การสอบเพื่อประเมินความรู้ ความสามารถ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
ขั้นตอนที่ 1  ผ่าน  ไม่ผ่าน  
ขั้นตอนที่ 2  ผ่าน  ไม่ผ่าน  
ขั้นตอนที่ 3  ผ่าน  ไม่ผ่าน

# ตัวอย่าง

7. ข้าพเจ้า.....ขอสมัครเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุนในหน่วยงานดังนี้

(เลือกหน่วยงานได้ 3 ลำดับ โปรดใส่หมายเลข 1, 2, 3 ในช่อง )

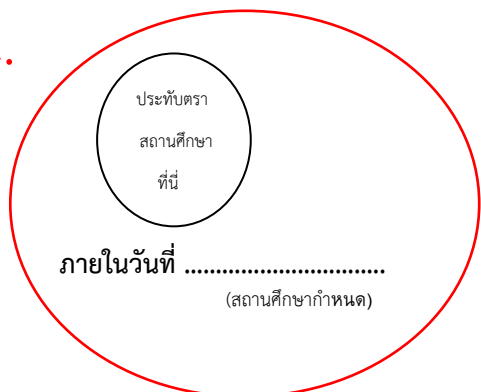
1.  คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขา.....
2.  คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สาขา.....
3.  คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สาขา.....
4.  คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สาขา.....
5.  คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สาขา.....
6.  คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขา.....
7. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
  - โรงพยาบาลชลประทาน สาขา.....
  - ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพราชสุดา สาขา.....
8.  คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สาขา.....
9.  คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สาขา.....
10.  คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สาขา.....
11.  คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร สาขา.....
12.  คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา สาขา.....
13.  คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราขานนครินทร์ สาขา.....
14.  วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ม.อุบลราชธานี สาขา.....
15.  สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สาขา.....
16.  คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา สาขา.....
17.  สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สาขา.....
18.  สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง สาขา.....
19.  วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์
20.  สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม สาขา.....
21. สภากาชาดไทย
  - สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์
  - ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
  - ศูนย์วิจัยโรคเอดส์
22.  โรงพยาบาลตำรวจ
23.  กรมราชทัณฑ์
24.  กระทรวงสาธารณสุข (ภูมิภาค)

1.

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)  
...../...../.....

โปรดส่งใบแสดงความจำนงนี้ คืน คณะแพทยศาสตร์

2.



ภายในวันที่ .....  
(สถานศึกษากำหนด)