

hly



ที่ อต ๐๐๓๓.๑/ว ๑๑๑๔๐

โรงพยาบาลอุดรธานี
๓๓ ถนนพะเนินม อต ๔๑๐๐๐

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง รับสมัครแพทย์เฉพาะทางเพื่อปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุดรธานี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัคร

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ รองรับบริการ Refer ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั้งในเขตและนอกเขตจังหวัด รวมทั้งประเทศเพื่อนบ้าน เป็นสถาบันสอนนักศึกษาแพทย์ แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้าน ประกอบกับปัจจุบันมีการขยายบริการด้านการรักษา สาขาเฉพาะทางต่างๆ เพิ่มมากขึ้น จึงมีความต้องการบุคลากรสายงานแพทย์ เพื่อรองรับการเปิดบริการ ดังนั้น จึงมีความประสงค์จะรับสมัครนายแพทย์เฉพาะทาง สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน ๓ อัตรา

โดยกำหนดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๗ ในวันและเวลาราชการ และขอให้แจ้งบุคลากรในสังกัดของท่านทราบ หากบุคลากรท่านใดสนใจเข้ารับการศึกษา ให้ยื่นใบสมัคร ส่งถึงกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ชั้น ๕ อาคารอำนวยการและผู้ช่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี ภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๗ ในวันและเวลาราชการ โดยจะถือวันประทับรับหนังสือเป็นสำคัญ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางศรีสุตา ทรัพย์สินวิวัฒน์)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๔๒๒๔ - ๓๓๖๓ ต่อ ๓๕๐๑ - ๓๕๐๒

โทรสาร. ๐ ๔๒๓๔ - ๘๘๘๑

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ personal41000@gmail.com



โรงพยาบาลอุดรธานี
33 ถนนพานิชยม ต.หมากแข้ง
อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000
ที่ อต.0033.1/ว 11180

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตเลขที่ 73/2521
ปท. อุดรธานี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา
อ. เมือง จ. พะเยา
56000

๗. ประวัติการทำงาน

ชื่อสถานที่ทำงาน	ประเภทตำแหน่ง/ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	ระยะเวลา (เดือน/ปี)	สาเหตุที่ลาออก

๘. ประวัติการฝึกอบรม/หลักสูตรที่อบรมต่างๆ ที่สำคัญ

หลักสูตร	หน่วยงานที่ฝึกอบรม	ปี พ.ศ. ที่ ฝึกอบรม

๙. ความรู้ความสามารถพิเศษ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครเข้ารับการประเมิน

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

แบบใบสมัครเข้ารับการรักษาเลือกบุคลากรสายงานแพทย์
สังกัดโรงพยาบาลอุดรธานี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

รูปถ่าย
๑/๑.๕ นิ้ว

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
วัน / เดือน / ปีเกิดอายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันปิดรับสมัคร)
สัญชาติ.....เกิดที่.....จังหวัด.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
วันหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....

๒. สถานที่ติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว

บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....
เลขที่ห้อง.....ชั้น.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
E-mail.....

๓. สถานภาพ โสด สมรส หย่า อื่นๆ.....

๔. ชื่อ - นามสกุลบิดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

ชื่อ - นามสกุลมารดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

๕. อาชีพปัจจุบัน.....ตำแหน่ง.....

อายุการทำงาน.....ปี สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๖. ประวัติการศึกษา/ฝึกอาชีพ

คุณวุฒิที่ได้รับ	สาขาวิชา /วิชาเอก	คะแนน เฉลี่ยตลอด หลักสูตร	ชื่อสถานศึกษา	ปี พ.ศ.ที่ สำเร็จ การศึกษา
มัธยมศึกษาตอนต้น				
มัธยมศึกษาตอนปลาย				
ปวช.				
ปวส.				
ปริญญาตรี				
ปริญญาโท				
กำลังศึกษาต่อ/อื่นๆ				