



ประกาศกรมแพทยทหารเรือ
เรื่อง รับสมัครนักศึกษาผู้ทำสัญญาชดใช้ทุนเพื่อมาปฏิบัติงานในสังกัดกองทัพเรือ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

กรมแพทยทหารเรือ รับสมัครนักศึกษาผู้ทำสัญญาชดใช้ทุนกับทางราชการ เพื่อคัดเลือกบรรจุเข้ารับราชการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดกองทัพเรือ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ดังนี้

๑. สาขาวิชาที่รับสมัคร และจำนวนที่รับบรรจุ

๑.๑ แพทยศาสตร์ จำนวน ๑๖ อัตรา

๑.๒ ทันตแพทยศาสตร์ จำนวน ๓ อัตรา

๒. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๒.๑ เป็นนักศึกษาผู้ทำสัญญาชดใช้ทุนกับรัฐบาล ซึ่งจะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา ๒๕๖๕ ซึ่งมีใช้ผู้ได้รับทุนที่มีข้อผูกพันตามสัญญาของหน่วยให้ทุน หรือทุนตามโครงการผลิตแพทย์ ทันตแพทย์เพิ่ม หรือโครงการใดๆ ที่กำหนดให้เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วต้องไปปฏิบัติงานกับหน่วยให้ทุนหรือโครงการฯ

๒.๒ เป็นผู้มีสัญชาติไทย

๒.๓ เป็นผู้เลื่อมใสในการปกครองระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข

๒.๔ มีอวัยวะ รูปร่าง ลักษณะท่าทาง และขนาดของร่างกายเหมาะสมแก่การเป็นทหาร

๒.๕ ไม่เป็นผู้ที่มีร่างกายพิการ ทูพพลภาพ หรือมีโรคซึ่งไม่สามารถจะรับราชการทหารได้ตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในกฎหมายว่าด้วยการรับราชการทหาร และมีสุขภาพจิตปกติ

๒.๖ ไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดีงาม

๒.๗ ไม่เป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว หรือเป็นบุคคลล้มละลายตามคำพิพากษาของศาล

๒.๘ ไม่เป็นผู้ที่เคยถูกให้ออกจากราชการ เพราะมีความผิดหรือมีมลทินหรือมัวหมอง

๒.๙ ไม่เป็นผู้ที่อยู่ในระหว่างพักราชการ

๒.๑๐ ไม่เป็นผู้ที่เคยต้องโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาลในคดีอาญา ยกเว้นความผิดฐานประมาท หรือลหุโทษ

๒.๑๑ ไม่เป็นผู้เสพยาเสพติด หรือสารเคมีเสพติดให้โทษหรือมีประวัติคดีอาญาในข้อหาเกี่ยวกับยาเสพติด

๓. หลักฐานการสมัคร

๓.๑ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๓.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร บิดาและมารดาของผู้สมัคร คนละ ๑ ชุด หากมีการเปลี่ยนชื่อ นามสกุล ให้แนบใบเปลี่ยนชื่อ หรือเปลี่ยนนามสกุล

๓.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร บิดาและมารดาของผู้สมัคร คนละ ๑ ชุด

๓.๔ หลักฐานการรับราชการทหารของแพทย์ชาย ได้แก่ สด.๘ หรือ สด.๔๓

๓.๕ ระเบียบแสดงผลการศึกษา (TRANSCRIPT) ตั้งแต่ชั้นปีที่ ๑ ถึงปัจจุบัน

๓.๖ หลักฐานการสอบประเมินความรู้ความสามารถเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพตามสาขา ในชั้นที่ ๑ ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน และชั้นที่ ๒ ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (ถ้ามี)

๓.๗ จดหมายแนะนำจากอาจารย์ หรือผู้บริหาร (Recommendation Letters) จำนวน ๓ ฉบับ (ถ้ามี)

๓.๘ เอกสารแสดงความสามารถพิเศษ อาทิ การใช้ภาษาอังกฤษ และอื่นๆ (ถ้ามี)

๔. ผู้มีความประสงค์ให้ยื่นใบสมัครตามแบบท้ายประกาศพร้อมหลักฐาน ที่ กองกำลังพลกรมแพทย์ทหารเรือ ชั้น ๒ อาคารกองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบุคคโล เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร โทร.๐ ๒๔๗๕ ๒๕๙๓ ในวันและเวลาปฏิบัติราชการ ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ ในกรณีส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ส่งถึง หัวหน้ากองกำลังพล กองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ ชั้น ๒ อาคารกองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบุคคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ โดยถือตามวันที่ประทับตราไปรษณีย์

๕. การคัดเลือก

๕.๑ เข้ารับการทดสอบสุขภาพจิต วันที่ ๒๒ หรือ ๒๓ หรือ ๒๔ หรือ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น. ที่ กองสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ ถนนริมทางรถไฟ เขตบางนา กรุงเทพฯ โทร.๐ ๒๔๗๕ ๒๕๕๒- ๕ ตามที่กรมแพทย์ทหารเรือกำหนด

๕.๒ ผู้ทดสอบสุขภาพจิตผ่าน ให้เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ โดยรายชื่อผู้มีสิทธิ์ วัน เวลา และสถานที่ สอบสัมภาษณ์ จะแจ้งให้ทราบภายหลัง

๕.๓ เกณฑ์การคัดเลือกพิจารณาจากผู้มีสุขภาพจิตปกติ ผลการเรียนรู้ ลักษณะทางทหาร ความเป็นผู้นำ และทัศนคติที่มีต่อกองทัพเรือ

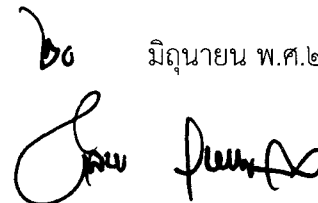
๖. ประกาศผลการคัดเลือก ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ ณ กองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ และเว็บไซต์ www.nmd.go.th

๗. ผู้ได้รับคัดเลือกที่จะได้บรรจุปฏิบัติงานขอใช้ทุนในกองทัพเรือ ตามข้อผูกพันของสัญญา นักศึกษาผู้ทำสัญญาขอใช้ทุน ต้องเป็นผู้ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพตามสาขาในข้อ ๑ แล้ว

ทั้งนี้ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ กองกำลังพล กรมแพทย์ทหารเรือ หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๔๗๕ ๒๕๙๓ และ ๐ ๒๔๗๕ ๒๘๐๕ ในวันและเวลาราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๕

พลเรือโท



(ชุลธร สุวรรณกิตติ)

เจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ

แบบใบสมัครของนักศึกษาแพทย์ / ทันตแพทย์ จัดสรรخذใช้ทุน

ประจำปี ๒๕๖๖

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ชื่อ นามสกุล บิดา.....

ชื่อ นามสกุล มารดา.....

สถาบัน.....ผลการเรียน(GPAX).....เรียน ร.ด.(เฉพาะชาย).....ปี

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....ไลน์ไอดี.....

E mail address.....

เฉพาะนักศึกษาแพทย์ ประสงค์สมัครในโควตา (ทำเครื่องหมาย x ในช่องที่ต้องการ)

- ☐ ฝึกอบรมสาขาศัลยศาสตร์ สถาบันฝึกอบรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
- ☐ ฝึกอบรมสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน สถาบันฝึกอบรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
- ☐ ฝึกอบรมสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงวิชาเวชศาสตร์ทางทะเล สถาบันฝึกอบรม กรมแพทย์ทหารเรือ
- ☐ ฝึกอบรมสาขาประสาทศัลยศาสตร์
- ☐ สมัครใจช่วยราชการกองแพทย์หลวง กรมสนับสนุน สำนักพระราชวัง ในชั้นปีที่ ๓
- ☐ สมัครใจปฏิบัติราชการภารกิจพิเศษ ประจำเรือดำน้ำ เรือฟิเลียงเรือดำน้ำ หรือตามที่กรมแพทย์ทหารเรือพิจารณาเมื่อมีเหตุจำเป็น
- ☐ ทัวไป

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

(.....)

...../...../.....

เอกสารที่แนบมาด้วย

๑. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ ใบ

๒. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร บิดา และมารดา

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร บิดา และมารดา

๔. หลักฐานการรับราชการทหาร เช่น สด.๘ สด.๔๓ (เฉพาะชาย)

๕. Transcript ปี ๑ - ๕

๖. หลักฐานการสอบประเมินและรับรองความรู้ เพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ทุกขั้นตอนที่สอบ

๗. Recommendation Letters จำนวน ๓ ฉบับ(ถ้ามี)

๘. หลักฐานแสดงความสามารถการใช้ภาษาฯ ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)

หมายเหตุ กรณีเลือกโควตามากกว่า ๑ ข้อ ให้ใส่เลขจัดลำดับความต้องการ (๑/๒/๓..) ใน ☐ ของแต่ละข้อ