

เอกสารรายงานตัว แพทย์อิสระ

บรรจุเป็นพนักงานคณะแพทยศาสตร์

เอกสารแนบเพิ่มประกอบการรายงานตัว

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ขนาด 1" x 1" (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) | จำนวน 1 รูป (ติดในใบสมัคร) |
| 2. สำเนา Transcript (ใบเกรด ที่ได้รับ Degree แล้ว) | จำนวน 1 ชุด |
| 3. สำเนา หนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษา ซึ่งผ่านสภามหาวิทยาลัยอนุมัติแล้ว | จำนวน 1 ชุด |
| 4. สำเนา ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ | จำนวน 1 ชุด |
| 5. สำเนา ใบวุฒิบัตร (กรณีเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอด) | จำนวน 1 ชุด |
| 6. สำเนา ทะเบียนบ้าน | จำนวน 2 ชุด |
| 7. สำเนา บัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน 2 ชุด |
| 8. สำเนา สมุดคู่มือหน้าแรก(เลขที่บัญชี)
(บัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์) | จำนวน 2 ชุด |
| 9. สำเนา อื่น ๆ เช่น กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ทะเบียนสมรส
ผ่านการฝึกวิชาทหารรักษาดินแดน ฯลฯ | จำนวน 1 ชุด |
| 10. ใบรับรองแพทย์ | จำนวน 1 ชุด |

หมายเหตุ : ทั้งนี้เพื่อความรวดเร็วในการรายงานตัว

1. กรอกข้อมูลประกอบการรายงานตัว (ตามเอกสารที่แนบ)
2. ลงนามรับรองในเอกสารรายงานตัว และเอกสารสำเนาแนบทุกฉบับ
3. กรอกข้อมูลรายงานตัว online ทั้ง 2 ระบบ
4. ไฟล์รูปถ่ายที่ใช้ในการรายงานตัว online จะเป็นรูปถ่ายที่ใช้ในการทำบัตร
ประจำตัวบุคลากร หรือ ทำทำเทียบ



ดังนั้น จึงขอให้ป็นรูปถ่ายที่สุภาพ หน้าตรง ใส่เสื้อกาวน์สีขาว ไม่สวมหมวกหรือใส่แว่นตา และพื้นหลังภาพ
เป็นสีพื้นอ่อน ๆ เช่น สีครีม สีขาว สีฟ้า สีเทา

เตรียมค่าธรรมเนียมในการพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อสอบประวัติกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 150 บาท
และสำเนาทะเบียนบ้าน (จำนวน 1 ชุด ซึ่งนับรวมกับเอกสารรายงานตัวแล้ว)
โดยในสำเนาทะเบียนบ้านที่จะมอบให้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจ
ให้ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และระบุข้อมูลเพิ่มเติม คือ เบอร์โทรศัพท์ น้ำหนัก ส่วนสูง
มอบให้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ณ วันที่มาพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อสอบประวัติ

ใบรายงานตัวเข้ารับราชการ

กรมมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

1. ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... สัญชาติ.....ไทย..... เชื้อชาติ.....ไทย..... ศาสนา.....
2. สถานภาพ ☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ ม่าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่
3. ชื่อคู่สมรส..... สกุลเดิม..... อาชีพ.....
4. ชื่อบิดา..... อาชีพ.....
ชื่อมารดา..... อาชีพ.....
5. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
6. อุปสมบท ณ วัดเมื่อ.....
7. รับราชการทหาร/ตำรวจ กองประจำการ สังกัด.....
เมื่อ..... ปลดเมื่อ.....
8. ความรู้พิเศษ.....
9. ประวัติการทำงานที่อื่นมาก่อน (หน่วยงาน ตำแหน่ง ระยะเวลา)
.....
.....
.....
.....
.....
10. สอบได้ในตำแหน่ง.....ลำดับที่..... ประกาศผลเมื่อ.....
11. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้รายงานตัว

(นาย/นาง/นางสาว.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือกรณี**พนักงานคณะแพทยศาสตร์**ถึงแก่ความตาย

เขียนที่.....คณะแพทยศาสตร์ มอ...

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)เป็นพนักงานคณะแพทยศาสตร์

ตำแหน่ง..... สังกัดภาควิชา..... คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือโดยหนังสือฉบับนี้ว่า ในกรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างรับราชการ

และทางราชการจะต้องจ่ายเงินช่วยเหลือให้ตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายค่าจ้างของส่วนราชการ หรือเงินอื่นใน

ลักษณะเดียวกัน ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินช่วยเหลือ แก่

(ระบุชื่อผู้รับเงินช่วยเหลือเพียงรายเดียว) เกี่ยวข้องโดยเป็น..... ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

แบบหนังสือแสดงเจตนาละบัตวผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณี**พนักงานคณะแพทยศาสตร์**ถึงแก่ความตาย

เขียนที่.....คณะแพทยศาสตร์ มอ...

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)เป็นพนักงานคณะแพทยศาสตร์

ตำแหน่ง..... สังกัดภาควิชา.....คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ขอแสดงเจตนาละบัตวผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

ตามมาตรา 37 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม

(ฉบับที่3) พ.ศ.2542 ให้แก่..... (ระบุชื่อผู้รับค่าชดเชยเพียงรายเดียว)

เกี่ยวข้องโดยเป็น..... ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



เลขที่

ใบสมัครคัดเลือกพนักงาน
ตำแหน่ง.....

รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว)

(ภาษาอังกฤษ) (Mr / Miss / Mis)

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด อายุ ปี จังหวัดที่เกิด.....

เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา หมู่เลือด

สถานภาพ ☐ โสด/ไม่ได้จดทะเบียนสมรส ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง

บิดา ☐ ยังมีชีวิต ☐ เสียชีวิต ชื่อ-นามสกุล.....

มารดา ☐ ยังมีชีวิต ☐ เสียชีวิต ชื่อ-นามสกุล.....

คู่สมรส (ถ้ามี) ชื่อ-นามสกุล อาชีพ

มีบุตร คน ชื่อ-นามสกุล

สถานที่ติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่ หมู่ที่..... หมู่บ้าน ตรอก/ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ E-mail

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี วุฒิการศึกษา..... สาขาวิชา.....

สถาบันการศึกษา..... สำเร็จ พ.ศ..... เกรดเฉลี่ย.....

ปริญญาโท วุฒิการศึกษา..... สาขาวิชา.....

สถาบันการศึกษา..... สำเร็จ พ.ศ..... เกรดเฉลี่ย.....

ปริญญาเอก วุฒิการศึกษา..... สาขาวิชา.....

สถาบันการศึกษา..... สำเร็จ พ.ศ..... เกรดเฉลี่ย.....

อื่น ๆ วุฒิการศึกษา..... สาขาวิชา.....

สถาบันการศึกษา..... สำเร็จ พ.ศ..... เกรดเฉลี่ย.....

ประวัติการทำงาน เรียงตามลำดับครั้งสุดท้ายไปหาครั้งแรก

สถานที่ทำงานครั้งสุดท้าย

ตำแหน่ง..... ตั้งแต่เดือน..... ปี..... ถึงเดือน..... ปี.....

เงินเดือน.....บาท สาเหตุที่ออก.....

สถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง..... ตั้งแต่เดือน..... ปี..... ถึงเดือน..... ปี.....

เงินเดือน.....บาท สาเหตุที่ออก.....

ความถนัดด้านภาษา

ภาษาอังกฤษ

การพูด

☐ ดีมาก

☐ ดี

☐ พอใช้

การอ่าน

☐ ดีมาก

☐ ดี

☐ พอใช้

การเขียน

☐ ดีมาก

☐ ดี

☐ พอใช้

ภาษาอื่น ๆ

☐ ดีมาก

☐ ดี

☐ พอใช้

☐ ดีมาก

☐ ดี

☐ พอใช้

☐ ดีมาก

☐ ดี

☐ พอใช้

ความรู้ทางคอมพิวเตอร์

.....

.....

ผลงานทางวิชาการ

.....

.....

ประสบการณ์พิเศษ อื่น

.....

.....

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

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

หมายเหตุ กรอกข้อมูลให้ได้รายละเอียดมากที่สุด เพื่อประโยชน์ของท่านเอง และสามารถแนบประวัติและเอกสารอื่น ๆ
เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาตัวท่านเพิ่มเติมพร้อมกับใบสมัครได้

ข้อตกลงแนบท้ายสัญญาจ้าง (การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน)

ข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น โดย ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
อายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบัน
บรรจุเข้าทำงานในตำแหน่ง..... สังกัดหน่วยงาน.....
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน และขอเลือกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นสถานพยาบาลประกันสังคม

2. ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า กรณีข้าพเจ้าเลือกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นสถานพยาบาลประกันสังคม หากภายหลังข้าพเจ้าลาออกจากงานหรือถูกเลิกจ้าง ซึ่งตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ผู้ประกันตน จะได้รับความคุ้มครองกรณีเจ็บป่วย โดยผู้ประกันตนสามารถใช้สถานพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลต่อไป อีก 6 เดือน นับจากวันที่ลาออกหรือถูกเลิกจ้าง และหากข้าพเจ้าสมัครเข้าทำงานกับสถานประกอบการอื่น อื่นหรือสมัครเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ (มาตรา 39) ข้าพเจ้าจะไม่ขอใช้สิทธิเลือกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นสถานพยาบาลประกันสังคม และยินยอมให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ระงับการใช้สิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

3. ข้าพเจ้าขอให้ข้อตกลงฉบับนี้ยังคงมีผลอยู่ไปจนกว่าข้าพเจ้าดำเนินการตามเงื่อนไขในข้อ 2 แล้วเสร็จ แม้ภายหลังสัญญาจ้างจะสิ้นสุดไปแล้วก็ตาม

4. ให้ถือข้อตกลงนี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาจ้างด้วย

การทำบันทึกข้อตกลงฉบับนี้เป็นไปตามเจตนาของข้าพเจ้าโดยแท้ หากได้มีการข่มขู่บังคับ ลวงหรือทำให้สำคัญผิดแต่อย่างใดเพื่อให้เป็นไปโดยถูกต้องข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับจ้าง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ว่าจ้าง
(รศ.นพ.ธนพันธ์ ชูบุญ)
รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

ลงชื่อ.....พยาน
(นางวรสุ ศรีประพันธ์)

ลงชื่อ.....พยาน
(นางสินีพร เชียงสอน)

สัญญาจ้างพนักงานเงินรายได้ / ลูกจ้างชั่วคราว มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น เมื่อวันที่เดือน..... พ.ศ..... ณ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ระหว่างมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์ธนพันธ์ ชูบุญ
ตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้จะเรียกว่า “ผู้ว่าจ้าง” ฝ่ายหนึ่งกับ
.....เกิดเมื่อวันที่เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... ชื่อคู่สมรส.....
ซึ่งต่อไปในสัญญานี้จะเรียกว่า “ผู้รับจ้าง” อีกฝ่ายหนึ่ง

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายตกลงทำสัญญากัน มีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้ว่าจ้างตกลงจ้างผู้รับจ้างเข้าปฏิบัติงานเป็นพนักงานเงินรายได้ / ลูกจ้างชั่วคราว
ตำแหน่ง.....นายแพทย์.....อัตราค่าจ้างเดือนละ..... บาท ในหน่วยงาน.....
ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ แบบเต็มเวลา มีกำหนด.....ปี
.....เดือน.....วัน นับตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ..... ซึ่งเป็นวันเริ่มปฏิบัติงานเป็น
ต้นไป ตามข้อบังคับว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พนักงานเงินรายได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ของผู้ว่าจ้างและ
ผู้รับจ้างตกลงรับจ้างปฏิบัติงาน ข้อกำหนดและ เงื่อนไขแห่งสัญญานี้ โดยมีภาระงานตามข้อตกลงเกี่ยวกับภาระงาน
แนบท้ายสัญญานี้และให้ถือว่าข้อตกลงภาระงาน เป็นส่วนหนึ่งของสัญญานี้

เมื่อครบกำหนดระยะเวลาการจ้างตามวรรคหนึ่งแล้ว หากผู้ว่าจ้างตกลงจ้างผู้รับจ้างเข้าปฏิบัติงาน
เป็นพนักงานเงินรายได้ / ลูกจ้างชั่วคราว ในตำแหน่งเดิมต่อไปอีก ผู้ว่าจ้างและผู้รับจ้างตกลงยินยอมให้ถือว่าสัญญาฉบับนี้ มี
ผลใช้บังคับและผูกพันคู่สัญญาต่อไปทุกประการ ตามระยะเวลา ข้อกำหนดและเงื่อนไขการจ้างที่ผู้ว่าจ้างกำหนดด้วย

ข้อ 2 ในระหว่างอายุสัญญานี้ ผู้รับจ้างต้องปฏิบัติงานให้บังเกิดผลดีที่สุดตามความรู้ความสามารถ
ของตนด้วยความซื่อสัตย์ ขยันหมั่นเพียรด้วยความอดทนและปฏิบัติตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชาในการปฏิบัติงาน
อย่างเคร่งครัด ไม่ประพฤติตัวในทางเป็นปฏิปักษ์ต่อหน้าที่การงาน ต้องรักษาวินัยและปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ
ข้อบังคับเกี่ยวกับการจ้างพนักงานเงินรายได้ / ลูกจ้างชั่วคราว ของผู้ว่าจ้างและระเบียบว่าด้วยการจ่ายค่าจ้างของผู้ว่าจ้าง
ทั้งที่ใช้อยู่ในวันทำสัญญานี้และที่จะมีประกาศใช้ขึ้นใหม่และให้ถือว่ากฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับดังกล่าวนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของสัญญาฉบับนี้

ข้อ 3 ในกรณีที่ผู้รับจ้างประพฤติผิดสัญญาดังกล่าวในข้อ 2 หรือในกรณีที่ผู้ว่าจ้างพิจารณาเห็นว่า
ผู้รับจ้างไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือไม่เหมาะสมที่จะปฏิบัติงานต่อไปหรือประพฤติตนไม่เหมาะสมอย่างร้ายแรง
หรือละทิ้งหน้าที่ไปโดยไม่มีเหตุอันสมควร ผู้ว่าจ้างทรงไว้ซึ่งสิทธิที่จะบอกเลิกสัญญานี้เมื่อใดก็ได้ และหรือหากมี
ความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นอันเนื่องจากการที่ผู้รับจ้างไม่ปฏิบัติตามสัญญา ผู้รับจ้างยินยอมรับผิดชอบใช้ทั้งสิ้น

ลายมือชื่อผู้รับจ้าง.....

ข้อ 4 หากผู้รับจ้างมีความผูกพันที่จะต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้น ผู้รับจ้างจะชดเชยค่าเสียหายเป็นเงินให้แก่ผู้ว่าจ้างตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ 5 เงินที่จะชดเชยเป็นค่าเสียหายตามสัญญา ผู้รับจ้างตกลงจะชำระให้ทั้งหมดภายในกำหนด 30 วัน นับถัดจากวันที่ได้รับแจ้งจากผู้ว่าจ้าง หากผู้รับจ้างไม่ชำระให้ภายในกำหนดหรือชำระให้แต่ไม่ครบ ทั้งนี้จะโดยความยินยอมของผู้ว่าจ้างหรือไม่ก็ตาม ผู้รับจ้างยอมให้คิดดอกเบี้ยจากเงินที่ยังมิได้ชำระอีกในอัตราที่กฎหมายกำหนด

ข้อ 6 ในกรณีที่ผู้รับจ้างมีพันธะต้องชำระเงินให้แก่ผู้ว่าจ้างตามสัญญา ผู้รับจ้างตกลงยินยอมให้ผู้ว่าจ้าง หักเอาจากเงินค่าจ้างหรือเงินอื่นใดที่ผู้รับจ้างจะพึงได้รับจากผู้ว่าจ้างได้

ข้อ 7 ในการทำสัญญานี้ ผู้รับจ้างได้จัดให้
ทำสัญญาค้ำประกันการปฏิบัติงานและความรับผิดชอบตามสัญญานี้ด้วยแล้ว

สัญญานี้ทำขึ้นไว้สามฉบับ มีข้อความเป็นอย่างเดียวกัน คู่สัญญาได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อพยานเป็นสำคัญ ผู้ว่าจ้างถือไว้สองฉบับ และผู้รับจ้างถือไว้หนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ).....ผู้รับจ้าง

()

(ลงชื่อ).....ผู้ว่าจ้าง

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ธนพันธ์ ชูบุญ)

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสินีพร เชียงสอน)

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางวรสุ ศรีประพันธ์)

ข้าพเจ้า.....คู่สมรสของ.....
ยินยอมให้.....ทำสัญญาฉบับนี้ได้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

()

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสินีพร เชียงสอน)

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางวรสุ ศรีประพันธ์)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าไม่มีคู่สมรส (เป็นโสด/คู่สมรสตาย/หย่า) ในขณะทำสัญญานี้

(ลงชื่อ).....ผู้รับจ้าง

()

ข้อตกลงภาระงาน ตำแหน่งนายแพทย์
Workload Agreement for a staff doctor Position

ลักษณะงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ

Job Description and Responsibilities

1. ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตามข้อปฏิบัติ กฎ ระเบียบและนโยบาย ของโรงพยาบาล หรือคณะแพทยศาสตร์

1. A staff doctor will be obligated to follow the faculty's and hospital's guidelines, regulations, rules, and principles

2. ใช้สติปัญญา ความรู้ ความสามารถในการแก้ปัญหาโดยใช้ข้อมูล เหตุผล และการพิจารณาโดยรอบคอบทั้งทางกว้างและทางลึก ไม่ประมาท ไม่ใช้อารมณ์ และมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ปิยวาจาแก่ผู้รับบริการ

2. Providing well-rounded patient care utilizing logical and intellectual problem solving skills and using logic as opposed to emotion.

3. มีความขยันหมั่นเพียร ศึกษา ฝึกปฏิบัติ วิจัย เพิ่มพูนความรู้ พัฒนาตนเองในด้านวิชาการให้ทันสมัยอยู่เสมอ มีความรับผิดชอบและทำตนเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคม

3. Always practicing, improving and maintaining up-to-date academic and research skills, being responsible and providing quality consultations as a good role model.

4. การปฏิบัติงานที่ภาควิชา จะต้องปฏิบัติงานในภาควิชาที่เลือกไว้ โดยการปฏิบัติงานต่าง ๆ ให้เป็นไปตามที่แต่ละภาควิชาและโรงพยาบาลกำหนดไว้ โดยหลักกว้าง ๆ จะประกอบด้วย การตรวจผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยใน การผ่าตัดหรือทำหัตถการต่าง ๆ การเรียนการสอนของแพทย์ใช้ทุน หรือแพทย์ประจำบ้าน และนักศึกษาแพทย์ และกิจกรรมวิชาการของภาควิชาและของคณะ รวมทั้งการอยู่เวรปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย การอยู่เวรห้องฉุกเฉิน หรือเวรอื่น ๆ

4. A staff doctor is required to perform work at the selected department. Their duties will be as assigned by each department and hospital will include such standard duties as outpatient examinations; inpatient treatment; training interns, residents, and medical students; participating in faculty academic activities; ward-attendance; emergency room attendance; etc.

5. การสับเปลี่ยนหมุนเวียนฝึกปฏิบัติงาน ให้เป็นไปตามที่ภาควิชาหรือตามที่โรงพยาบาลกำหนด ซึ่งอาจจะมีภาระงานเพิ่มเติมในส่วนของการขยายงานบริการของโรงพยาบาล ภาระงานกรณีเกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติ หรือเหตุการณ์ฉุกเฉิน หรือ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ

5. A staff doctor will be assigned to perform additionally, and/or rotation at the departments and the hospital. They may also be occasionally required to work for the hospital service expansion. They shall additionally be required to respond to any disaster, emergency, and any emerging and reemergence of know and unknown disease.

6. นายแพทย์ในฐานะแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ต้องปฏิบัติงานโครงการเพิ่มพูนทักษะให้ครบทุกวิชาในสาขาหลัก (สาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา กุมารเวชศาสตร์ เวชปฏิบัติทั่วไป/ เวชศาสตร์ครอบครัว หรือวิชาเลือกอื่น ๆ) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงานแล้วจะต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของแต่ละ สาขาวิชา รวมทั้งแพทย์วิชาเลือก

6. A staff doctor who is a first-year intern will be required to complete all the core subjects following the Faculty Training Programs. (Internal Medicine, Surgery, Orthopedic Surgery, Obstetrics and Gynecology, Pediatrics, General Practice/Family Medicine, or other elective subjects). The work attendance must be equivalent of at least 80% of the full duration following each subject requirement including elective subjects.

7. สำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดให้มีผลงานตีพิมพ์ในวารสาร PSU Medicine Journal หรือ JHSMR หรือ วารสารระดับนานาชาติ

7. For attending fellowship training, the research must be published in the PSU Faculty of Medicine Journal of Health Science and Medical Research (JHSMR) or international journal.

8. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย

8. A staff doctor will occasionally be required to perform other work as assigned by their supervisors.

ลงลายมือชื่อ.....

Signature.....

(ประชุมหัวหน้าสาขาวิชา ครั้งที่ 5/2563 เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2563)

มอ /
ลงวันที่

ใบแจ้งการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน หัวหน้างานคลัง

ข้าพเจ้า ประจำตัวประชาชน เลขที่

รหัสบุคลากร..... HN รพ.สงขลานครินทร์..... วัน/เดือน/ปีเกิด

บรรจุเข้าทำงานในคณะแพทยศาสตร์ เมื่อวันที่ ในตำแหน่ง.....

สังกัดภาควิชา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้าขอแจ้งรายชื่อบุคคลในครอบครัวที่ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและบุตรที่มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตรโดยสิทธิของข้าพเจ้า ดังนี้

1. ชื่อ-นามสกุล บิดา วันเดือนปีเกิด..... HN รพ.สงขลานครินทร์.....
2. ชื่อ-นามสกุล มารดา วันเดือนปีเกิด..... HN รพ.สงขลานครินทร์.....
3. ชื่อ-นามสกุล คู่สมรส วันเดือนปีเกิด..... HN รพ.สงขลานครินทร์.....
4. ชื่อ-นามสกุล บุตร 1 วันเดือนปีเกิด..... HN รพ.สงขลานครินทร์.....
ชื่อ-นามสกุล บุตร 2 วันเดือนปีเกิด..... HN รพ.สงขลานครินทร์.....
ชื่อ-นามสกุล บุตร 3 วันเดือนปีเกิด..... HN รพ.สงขลานครินทร์.....

5. ข้าพเจ้าขอโอนเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่น ๆ เข้าบัญชีเงินฝาก

☒ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เลขที่บัญชีเงินฝาก

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ แนบ 1. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. สำเนาบัตรประชาชน

เอกสารตรวจการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อฯ

แนบเอกสารหลักฐาน : การฉีดวัคซีน การตรวจภูมิคุ้มกัน และผลอ่าน X-ray ปอด
(สถานพยาบาลใดก็ได้ตามสิทธิของท่าน)

หากไม่เคยฉีดวัคซีนและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน : ขอให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้น
ก่อนวันที่บรรจุเป็นพนักงาน

หากมีข้อสงสัยสอบถามเพิ่มเติมที่ :

งานความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อม

โทร. 074451092



การมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อในผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตร 2 สัปดาห์ขึ้นไป
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์ติดต่อ..... E-mail.....
ชั้นปี..... คณะ/สาขา..... มหาวิทยาลัย/โรงพยาบาล.....
ฝึกปฏิบัติที่ภาควิชา/หน่วยงาน..... ช่วงเวลาเข้าฝึกปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

•
•
•
•
•

เงื่อนไข/ข้อกำหนดก่อนเข้าฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ :

1. ผู้เข้าฝึกกรอกข้อมูล พร้อมแสดงหลักฐาน ก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ
2. หากมีข้อสงสัย สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ งานความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อม โทรศัพท์ 0-7445-1092

Version : 02/09/63



การมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อในผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตร 2 สัปดาห์ขึ้นไป
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์ติดต่อ..... E-mail.....
ชั้นปี..... คณะ/สาขา..... มหาวิทยาลัย/โรงพยาบาล.....
ฝึกปฏิบัติที่ภาควิชา/หน่วยงาน..... ช่วงเวลาเข้าฝึกปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

ผู้ที่เข้าฝึกปฏิบัติต้องดำเนินการแสดงหลักฐานการตรวจว่าเป็นผู้มีภูมิคุ้มกัน/ได้รับวัคซีนคุ้มกันโรคติดต่อ ดังนี้

1. โรคหัด

- ☐ เคยฉีดวัคซีนครบ 2 เข็ม เข็ม 1 เมื่อ..... และเข็ม 2 เมื่อ.....
☐ เคยตรวจระดับภูมิคุ้มกัน เมื่อ..... ผล.....
☐ ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน หรือไม่แน่ใจ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

2. โรคหัดเยอรมัน

- ☐ เคยฉีดวัคซีนอย่างน้อย 1 ครั้ง เข็ม 1 เมื่อ..... และเข็ม 2 เมื่อ.....
☐ เคยตรวจระดับภูมิคุ้มกัน เมื่อ..... ผล.....
☐ ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน หรือไม่แน่ใจ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

3. โรคไวรัสตับอักเสบบี

- ☐ เคยตรวจระดับภูมิคุ้มกัน เมื่อ..... ผล.....
☐ ท่านเป็น Non-responder (ได้รับ vaccine ครบ 2 course และภูมิคุ้มกันไม่ขึ้น)
☐ ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน หรือไม่แน่ใจ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

4. โรคสุกใส

- ☐ ได้รับวัคซีน ครบ 2 ครั้ง เข็ม 1 เมื่อ..... และเข็ม 2 เมื่อ.....
☐ เคยตรวจระดับภูมิคุ้มกัน เมื่อ..... ผล.....
☐ ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน หรือไม่แน่ใจ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

5. ไขหวัดใหญ่

- ☐ เคยฉีดวัคซีนป้องกันครั้งสุดท้ายไม่เกิน 1 ปี เมื่อ.....
☐ ฉีดวัคซีนป้องกันครั้งสุดท้ายเกิน 1 ปี ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

6. การควบคุมวัณโรคปอด

6.1 ผลการทดสอบวัณโรคทางผิวหนัง ไม่เกิน 1 ปีก่อนมาฝึก และต้องได้รับการทดสอบแบบ two step PPD

- ☐ Negative เมื่อ..... ☐ Positive (กรุณาตอบข้อ 6.2) ☐ ไม่เคยทำ (กรุณาตอบข้อ 6.2)

6.2 ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่เกิน 3 เดือน นับจากวันที่มาฝึก (รับเฉพาะผลอ่านเท่านั้น)

- ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติเล็กน้อย ☐ ไม่เคยทำ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

ลงชื่อ

(.....) แพทย์ผู้รับรอง

วันที่/...../.....

เงื่อนไข/ข้อกำหนดก่อนเข้าฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ :

1. ผู้เข้าฝึกกรอกข้อมูล พร้อมแสดงหลักฐาน ก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

2. หากมีข้อสงสัย สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ งานความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อม โทรศัพท์ 0-7445-1092

Version : 02/09/63

กรอกแบบใบสมัครเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานมหาวิทยาลัย

สามารถสมัครผ่านระบบ online ที่ <https://pvd.psu.ac.th/Login.aspx>

Login ด้วยรหัส PSU Passport (MIS-DSS)

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

เลขที่บัตรประชาชน

สมาชิกเลขที่.....

- () ข้าราชการเปลี่ยนสถานภาพเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย () พนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้
(✓) พนักงานมหาวิทยาลัยเงินงบประมาณ () พนักงานเงินรายได้

เรียน คณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ไทยพาณิชย์มาสเตอร์ฟണ്ട് ซึ่งจดทะเบียนแล้ว
บริษัท หลักทรัพย์จัดการกองทุนไทยพาณิชย์ จำกัด

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ (Mr./Mrs./Miss.).....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน/ภาควิชา.....คณะ/กอง.....แพทยศาสตร์

โทรศัพท์.....วันที่บรรจุ (วัน/เดือน/พ.ศ.) วัน/เดือน/ปีเกิด.....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ โดย

- ข้าพเจ้าได้ทราบข้อบังคับกองทุน และสิทธิหน้าที่ของข้าพเจ้าดีแล้ว และตกลงที่จะปฏิบัติตามทุกประการ
- ข้าพเจ้าขอมำส่งเงินสะสมเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพในอัตรา.....% (สะสมได้ 3 – 15% ของเงินเดือน) และขอให้มหาวิทยาลัยนำส่งเงินสะสมโดยหักจากค่าจ้างของข้าพเจ้าทุก ๆ เดือน (หากไม่ได้ระบุจะถือว่าขอสะสมร้อยละ 3)
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้าขอระบุบุคคลผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์ทั้งสิ้นของข้าพเจ้าตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์	ความสัมพันธ์เกี่ยวข้อง	ส่วนแบ่งผลประโยชน์ (%)
1			
2			
3			
รวมทั้งสิ้น			100 %

4. หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ และสัดส่วนของผลประโยชน์ตามข้อ 3 ข้างต้นนั้น จะกระทำโดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อ
คณะกรรมการกองทุน

5. โปรดทำเครื่องหมาย X หน้าแผนการลงทุนที่ต้องการเพียง 1 แผนการลงทุน หากไม่เลือกแผนการลงทุนมหาวิทยาลัยจะให้อยู่ที่
แผนการลงทุนที่ 1

แผนการลงทุนที่เลือก	แผนการลงทุนที่	ตราสารหนี้	ตราสารทุน (หุ้น)
		PVDMPFPI	PVDMPFQ
	1	100 %	
	2	90 %	10 %
	3	80 %	20 %
	4	60 %	40 %
	5	30 %	70 %
	6		100 %

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

คณะกรรมการกองทุนได้พิจารณาใบสมัครท่านแล้ว และเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพมหาวิทยาลัยได้ โดยให้มี
ผลตั้งแต่วันที่

.....
(.....)

กรรมการกองทุน

.....
(.....)

กรรมการกองทุน