



ที่ อว 6801.0601/63-00162

คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

22 เมษายน 2563

เรื่อง การรายงานตัวเพื่อเข้าปฏิบัติงานในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เอกสารประกอบการรายงานตัว จำนวน 1 ชุด

ตามที่ท่านได้รับการคัดเลือกเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุน ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2563 เป็นต้นไปนั้น

ในการนี้ ท่านสามารถส่งเอกสารรายงานตัวได้ที่ งานการเจ้าหน้าที่ ชั้น 4 อาคารบริหารคณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ โทร. 074-451141-3 ได้ตั้งแต่วันที่ 11 พฤษภาคม จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน 2563 และกรอกข้อมูลผ่านทาง web site 2 ระบบ ตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน 2563

1. ทำบัตรประจำตัวบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ : <https://medhr.medicine.psu.ac.th/CardRegister/#/>  
Login = รหัสบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ ตัวเลข 5 ตัว .....  
รหัสผ่าน = รหัส PIN ตัวเลข 4 ตัว .....
2. ระบบสารสนเทศบุคลากรของมหาวิทยาลัย เพื่อออกรหัสผ่าน PSU Passport : <https://preg.psu.ac.th/>  
Login Username คือ เลขบัตรประจำตัวประชาชน  
รหัสผ่าน คือ วันเดือนปีเกิดของท่าน เช่น วันที่ 15 มกราคม 2538 = 25380115

งานการเจ้าหน้าที่  
โทร. 074-451141-3  
โทรสาร 074-281103  
E-mail address : [person@medicine.psu.ac.th](mailto:person@medicine.psu.ac.th)

ส่งเอกสารรายงานตัว ที่ งานการเจ้าหน้าที่ ชั้น 4 อาคารบริหารคณะแพทยศาสตร์  
ระหว่างวันที่ 11 พฤษภาคม - 1 มิถุนายน 2563

และ วันศุกร์ ที่ 29 พฤษภาคม 2563 ณ ห้องประชุมงานการเจ้าหน้าที่ ชั้น 4 อาคารบริหารคณะแพทยศาสตร์  
จะมีการสอบประวัติ (พิมพ์ลายนิ้วมือ) กับเจ้าหน้าที่ตำรวจ

- |   |             |
|---|-------------|
| 1. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ขนาด 1" x 1" (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)  | จำนวน 1 รูป |
| 2. สำเนา สัญญาการเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์<br>(สำหรับผู้ที่มิได้สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์) | จำนวน 1 ชุด |
| 3. สำเนา Transcript (ใบเกรด ที่ได้รับ Degree แล้ว)  | จำนวน 1 ชุด |
| 4. สำเนา หนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษา ซึ่งผ่านสภามหาวิทยาลัยอนุมัติแล้ว   | จำนวน 1 ชุด |
| 5. สำเนา ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จากแพทยสภา   | จำนวน 1 ชุด |
| 6. สำเนา ทะเบียนบ้าน (+ ของ เจ้าหน้าที่ตำรวจ รวมเป็น 2 ชุด)   | จำนวน 2 ชุด |
| 7. สำเนา บัตรประจำตัวประชาชน  | จำนวน 3 ชุด |
| 8. สำเนา สมุดคู่ฝากหน้าแรก(เลขที่บัญชี)<br>(บัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)                       | จำนวน 3 ชุด |
| 9. สำเนา อื่น ๆ เช่น กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ทะเบียนสมรส ผ่านการฝึกวิชาทหารรักษา<br>ดินแดน ฯลฯ                       | จำนวน 1 ชุด |
| 10. ใบรับรองแพทย์   | จำนวน 1 ชุด |
| 11. ค่าธรรมเนียมในการพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อสอบประวัติกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ  | 150 บาท     |

หมายเหตุ : ทั้งนี้เพื่อความรวดเร็วในการรายงานตัว

1. กรอกข้อมูลประกอบการรายงานตัว (ตามเอกสารที่แนบ)
2. ลงนามรับรองในเอกสารรายงานตัว และเอกสารสำเนาแนบทุกฉบับ
3. กรอกข้อมูลผ่านทาง web site ทั้ง 2 ระบบ
4. รูปถ่ายที่ใช้ในการรายงานตัวเป็นรูปถ่ายที่ใช้ในการทำบัตรประจำตัวบุคลากร  
หรือ ทำทำเทียบ ดังนั้น จึงขอให้ป็นรูปถ่ายที่สุภาพ หน้าตรง ใส่เสื้อกาวน์สีขาว  
ไม่สวมหมวกหรือใส่แว่นดำ และพื้นหลังภาพเป็นสีพื้นอ่อน ๆ เช่น สีครีม สีขาว  
สีฟ้า สีเทา
5. ติดต่อทำบัตรผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อนำเลข HN  
มาประกอบในการทำบัตรประจำตัวบุคลากร



## 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 วัด .....เมื่อ.....
7. รับราชการทหาร/ตำรวจ กองประจำการ สังกัด.....  
เมื่อ..... ปลดเมื่อ.....
8. ความรู้พิเศษ.....
9. ประวัติการทำงานที่อื่นมาก่อน (หน่วยงาน ตำแหน่ง ระยะเวลา)  
.....  
.....  
.....
10. สอบได้ในตำแหน่ง.....นายแพทย์.....ลำดับที่..... ประกาศผลเมื่อ.....
11. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้รายงานตัว

(นาย/นาง/นางสาว.....)

วันที่ .....1..... เดือน .....มิถุนายน..... พ.ศ. ...2563...

แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษกรณีพนักงานมหาวิทยาลัยกรณีถึงแก่ความตาย

เขียนที่.....คณะแพทยศาสตร์ มอ...

วันที่ .....1... เดือน ...มิถุนายน..... พ.ศ. ...2563...

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย  
ตำแหน่ง ..นายแพทย์..... สังกัดภาควิชา.....คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษโดยหนังสือฉบับนี้ว่า ในกรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างรับ  
ราชการ และทางราชการจะต้องจ่ายเงินช่วยเหลือให้ตามพระราชกฤษฎีกาการจ่ายเงินเดือน เงินปี บำเหน็จ  
บำนาญ และเงินอื่นในลักษณะเดียวกัน ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินช่วยเหลือ แก่ .....  
(ระบุชื่อผู้รับเงินช่วยเหลือเพียงรายเดียว) เกี่ยวข้องโดยเป็น..... ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(นางสินีพร เชียงสอน)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(นายอัสฮารี สะหนิ)

ได้บันทึกไว้ในสมุด/แฟ้มประวัติแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

**บันทึกการเปลี่ยนแปลง**

ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษฉบับนี้ โดยได้แสดงเจตนา  
ใหม่ตามหนังสือแสดงเจตนา ลงวันที่..... ซึ่งให้.....  
เป็นผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือพิเศษเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายระหว่างรับราชการ

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา  
(.....)

ได้บันทึกไว้ในสมุด/แฟ้มประวัติแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับค่าชดเชยพนักงานมหาวิทยาลัยกรณีถึงแก่ความตาย

เขียนที่.....คณะแพทยศาสตร์ มอ...

วันที่ .....1... เดือน ...มิถุนายน..... พ.ศ. ...2563...

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย  
ตำแหน่ง...นายแพทย์... สังกัดภาควิชา.....คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับค่าชดเชยพนักงานมหาวิทยาลัยกรณีออกจากงาน โดยหนังสือฉบับนี้ ว่าในกรณีที่  
ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างปฏิบัติงานและทางมหาวิทยาลัยจะต้องจ่ายค่าชดเชยให้ตามข้อบังคับ  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ว่าด้วยการบริหารงานบุคคลพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2559 ข้าพเจ้าประสงค์  
จะจ่ายค่าชดเชย แก่..... (ระบุชื่อผู้รับค่าชดเชยเพียงรายเดียว)  
เกี่ยวข้องกับโดยเป็น..... ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(นางสินีพร เชียงสอน)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(นายอัสอารี สะหนิ)

หมายเหตุ

1. ให้มอบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับค่าชดเชยไว้ ณ ส่วนงานที่ตนสังกัดเพื่อเก็บไว้ในสมุดประวัติหรือแฟ้มประวัติ เมื่อมีการโอนย้ายก็ให้ส่งหนังสือดังกล่าวตามไปด้วย
2. ให้ระบุชื่อผู้รับค่าชดเชยแต่เพียงรายเดียว หากจะเปลี่ยนแปลงตัวผู้รับค่าชดเชยในภายหลังให้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับค่าชดเชยฉบับใหม่แทนฉบับเดิมตามแบบที่มหาวิทยาลัยกำหนดและให้แนบฉบับเดิมไว้ด้วย
3. การชดเชย ตก เต็ม หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับค่าชดเชยให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้



เลขที่.....

ใบสมัครคัดเลือกพนักงานมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่ง..... นายแพทย์.....

รูปถ่าย  
ขนาด 1 นิ้ว

1. ข้อมูลทั่วไป

เลขที่บัตรประชาชน .....

ชื่อ (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว) .....

(ภาษาอังกฤษ) (Mr. / Miss / Ms) .....

เพศ  ชาย  หญิง วันเดือนปีเกิด .....

เชื้อชาติ..... ไทย สัญชาติ..... ไทย ศาสนา.....

จังหวัดที่เกิด..... หมู่เลือก.....

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า

บิดามารคามีหรือภรรยา

1.1 บิดา ชื่อ .....

1.2 มารดา ชื่อ .....

1.3 สามีหรือภรรยา ชื่อ..... มีบุตร..... คน

2. สถานที่ติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ต.รอก/ชอช..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... E-mail.....

3. วุฒิการศึกษา

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

สถาบันการศึกษา..... ตำรวจ พ.ศ. ....

เกรดเฉลี่ย.....

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

สถาบันการศึกษา..... ตำรวจ พ.ศ. ....

เกรดเฉลี่ย.....

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

สถาบันการศึกษา..... ตำรวจ พ.ศ. ....

เกรดเฉลี่ย.....

อื่นๆ วุฒิการศึกษา..... สาขาวิชา.....

สถาบันการศึกษา..... ตำรวจ พ.ศ. ....

เกรดเฉลี่ย.....

4. ประวัติการทำงาน เรียงตามลำดับครั้งสุดท้ายไปหาครั้งแรก

- สถานที่ทำงานครั้งสุดท้าย .....  
ตำแหน่ง .....  
ตั้งแต่เดือน ..... ปี ..... ถึงเดือน ..... ปี ..... เงินเดือน ..... บาท  
สาเหตุที่ออก .....
- สถานที่ทำงาน  
ตำแหน่ง .....  
ตั้งแต่เดือน ..... ปี ..... ถึงเดือน ..... ปี ..... เงินเดือน ..... บาท  
สาเหตุที่ออก .....
- สถานที่ทำงาน  
ตำแหน่ง .....  
ตั้งแต่เดือน ..... ปี ..... ถึงเดือน ..... ปี ..... เงินเดือน ..... บาท  
สาเหตุที่ออก .....

5. ภาษา

	พูด	อ่าน	เขียน
ภาษาอังกฤษ	<input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้	<input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้	<input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้
ภาษาอื่น ๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้	<input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้	<input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้

6. ความรู้ทางคอมพิวเตอร์ ระบุ

.....  
.....

7. ผลงานทางวิชาการ ระบุ

.....  
.....

8. ประสบการณ์พิเศษอื่น ๆ ระบุ

.....  
.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

.....1./มิถุนายน./2563.

หมายเหตุ กรอกข้อมูลให้ได้รายละเอียดมากที่สุด เพื่อประโยชน์ของท่านเอง และสามารถแนบประวัติและเอกสารอื่น ๆ  
เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาตัวท่านเพิ่มเติมพร้อมกันใบสมัครได้

## สัญญาปฏิบัติงานของพนักงานมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น เมื่อวันที่ .....1.....เดือน.....มิถุนายน..... พ.ศ.....2563... ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ระหว่างมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์อานนท์.....วิทยานนท์ ตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ ผู้รับมอบอำนาจจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ตามคำสั่งคณะแพทยศาสตร์ ที่ 0278/2559 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2559 และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ผู้รับมอบอำนาจจากอธิการบดี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามคำสั่งมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ 0995/2555 ลงวันที่ 1 มิถุนายน 2555 ซึ่งต่อไปในสัญญานี้ จะเรียกว่า “มหาวิทยาลัย” ฝ่ายหนึ่งกับ นาย/นาง/นางสาว ..... เกิดเมื่อวันที่ .....เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ซอย..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... ชื่อสามี/ภรรยา..... ซึ่งต่อไปในสัญญานี้จะเรียกว่า “พนักงานมหาวิทยาลัย” อีกฝ่ายหนึ่ง

คู่สัญญาได้ตกลงกันมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ 1 มหาวิทยาลัยตกลงบรรจุ แต่งตั้งพนักงานมหาวิทยาลัยเพื่อปฏิบัติงานในตำแหน่ง นายแพทย์..... สังกัดภาควิชา..... คณะแพทยศาสตร์ ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป เป็นระยะเวลา 3 ปี โดยพนักงานมหาวิทยาลัยตกลงปฏิบัติงานในตำแหน่งดังกล่าวตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง มาตรฐานภาระงาน และภาระหน้าที่อื่นใดที่ผู้บังคับบัญชาได้มอบหมาย

ในการปฏิบัติงานตามสัญญานี้มหาวิทยาลัยสามารถสั่งการหรือมอบหมายให้พนักงานมหาวิทยาลัย ปฏิบัติหน้าที่อื่นใดนอกเหนือจากสิ่งที่กล่าวในวรรคหนึ่ง หรือให้เข้าปฏิบัติงานในส่วนงานหรือ หน่วยงานใด ๆ ของ มหาวิทยาลัยตามที่เห็นสมควรได้โดยพนักงานมหาวิทยาลัยยินยอมปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด

ข้อ 2 ตลอดอายุแห่งสัญญานี้พนักงานมหาวิทยาลัยตกลงยินยอมอุทิศเวลาทั้งหมดให้แก่การปฏิบัติงาน ในหน้าที่ตามสัญญานี้ให้บังเกิดผลดีที่สุด ตามความรู้ความสามารถของตนด้วยความซื่อสัตย์ ขยันหมั่นเพียรและอดสาหัส โดยจะรักษาวินัยและประพฤติหรือปฏิบัติตามกฎ ข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่ง และมติ หรือหลักเกณฑ์ใดๆ ของมหาวิทยาลัย ทั้งที่ได้ออกใช้บังคับอยู่แล้วในวันทำสัญญานี้และที่จะออกใช้บังคับต่อไป ในภายหน้าโดยเคร่งครัด และให้ถือว่ากฎ ข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่ง และมติหรือหลักเกณฑ์ดังกล่าวเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาฉบับนี้

ข้อ 3 มหาวิทยาลัยตกลงจ่ายเงินเดือน ค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน ตามสัญญานี้ให้แก่พนักงานมหาวิทยาลัย เป็นรายเดือนตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่มหาวิทยาลัยกำหนด

ข้อ 4 ในระหว่างการเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ถ้าพนักงานมหาวิทยาลัยปฏิบัติหรือละเว้น การปฏิบัติหน้าที่ หรือกระทำใด ๆ เป็นผลให้เกิดความเสียหายแก่มหาวิทยาลัย พนักงานมหาวิทยาลัยยินยอมชดเชย ค่าเสียหายทั้งหมดให้แก่ มหาวิทยาลัยภายในเวลาที่มหาวิทยาลัยเรียกให้ชดเชย



ข้อ 5 สัญญานี้สิ้นสุดลงเมื่อพนักงานมหาวิทยาลัยพ้นสภาพการเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ตามระเบียบหรือข้อบังคับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ว่าด้วยการบริหารงานบุคคลพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้อ 6 เมื่อสัญญานี้สิ้นสุดลงไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม พนักงานมหาวิทยาลัยต้องส่งมอบงาน รวมทั้งทรัพย์สินของมหาวิทยาลัยที่อยู่ในความรับผิดชอบหรือการควบคุมดูแลของตนคืนให้แก่มหาวิทยาลัย โดยพิน

ข้อ 7 เอกสารข้อตกลงเกี่ยวกับภาระงานแนบท้ายสัญญานี้ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญานี้

สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน คู่สัญญาได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยละเอียดตลอดแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและคู่สัญญาต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ).....มหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อานนท์ วิทยานนท์.)

(ลงชื่อ).....พนักงานมหาวิทยาลัย  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(นางสินีพร เชียงสอน.)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(นายอัสฮารี สะหนิ.)

## ข้อตกลงเกี่ยวกับภาระงาน ตำแหน่งนายแพทย์

ลักษณะงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ

1. แพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ต้องปฏิบัติงานโครงการเพิ่มพูนทักษะให้ครบทุกวิชาในสาขาหลัก (สาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา กุมารเวชศาสตร์ เวชปฏิบัติทั่วไป/ เวชศาสตร์ชุมชน หรือวิชาเลือกอื่น ๆ) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงานแล้วจะต้องไม่ต่ำกว่า 80% ของแต่ละสาขาวิชา รวมทั้ง Elective
2. การสับเปลี่ยนหมุนเวียนไปฝึกปฏิบัติงาน ที่ภาควิชาหรือโรงพยาบาลเห็นสมควร
3. การปฏิบัติงานที่ภาควิชา แพทย์ใช้ทุน แต่ละคนจะต้องปฏิบัติงานในภาควิชาที่เลือกไว้ ตั้งแต่ปีที่สองจนถึงปีสุดท้าย การปฏิบัติงานต่างๆ ให้เป็นไปตามที่แต่ละภาควิชาและโรงพยาบาลกำหนดไว้โดยหลักกว้างๆ จะประกอบด้วย การตรวจผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยใน การผ่าตัดหรือทำหัตถการต่าง ๆ การเรียนการสอนของแพทย์ใช้ทุน หรือแพทย์ประจำบ้าน และนักศึกษาแพทย์ และกิจกรรมวิชาการของภาควิชาและของคณะ รวมทั้งการอยู่เวรปฏิบัติงาน ประจำหอผู้ป่วย การอยู่เวรห้องฉุกเฉิน หรือเวรอื่น ๆ
4. การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตามข้อปฏิบัติ กฎ ระเบียบและนโยบาย ของโรงพยาบาลหรือ คณะแพทยศาสตร์
5. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย

มาตรฐานการปฏิบัติงาน

ให้ปฏิบัติตามที่ภาควิชา/หน่วยงาน หรือ โรงพยาบาลกำหนด

คุณลักษณะที่พึงประสงค์

1. ใช้ปัญญาความรู้ในการแก้ปัญหาโดยใช้ข้อมูล เหตุผล และการพิจารณาโดยรอบคอบ ทั้งทางกว้างและทางลึก ในการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย
2. มีสติสัมปชัญญะ ไม่ประมาท ไม่ใช้อารมณ์ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ปิยวาจาแก่ผู้รับบริการ
3. ขยันหมั่นเพียร ศึกษา ฝึกปฏิบัติ วิจัย เพิ่มพูนความรู้ พัฒนาตนเองในด้านวิชาการให้ทันสมัยอยู่เสมอ
4. มีความรับผิดชอบต่อสังคม ดูแลรักษาให้คำปรึกษา ทำตนเป็นอย่างที่ดีของสังคม

ลงลายมือชื่อ.....

แบบคำขอรับเงินเดือน/เงินสวัสดิการ ผ่านธนาคาร

มอ /  
ลงวันที่

งานการเงิน กองคลัง สำนักงานอธิการบดี  
วันที่ .....1... เดือน ...มิถุนายน..... พ.ศ. ...2563...

เรียน ผู้อำนวยการกองคลัง

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ตำแหน่ง .....นายแพทย์.....  
ภาควิชา ..... คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
อยู่บ้านเลขที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....  
โทรศัพท์ .....

บัตร  ข้าราชการ เลขที่ .....วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ .....  
 ลูกจ้าง เลขที่ .....วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ .....  
 ประจำตัวประชาชน เลขที่ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินผ่าน  ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)  
สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
เลขที่บัญชีเงินฝาก .....

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

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

## ใบแจ้งการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก

มอ /  
ลงวันที่

วันที่ .....1... เดือน .....มิถุนายน..... พ.ศ. ...2563...

เรียน หัวหน้างานคลัง

ข้าพเจ้า ..... ประจำตัวประชาชน เลขที่ .....

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

บรรจุเข้าทำงานในคณะแพทยศาสตร์ เมื่อวันที่ .....1 มิถุนายน 2563..... ในตำแหน่ง.....นายแพทย์.....

สังกัดภาควิชา ..... คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้าขอแจ้งรายชื่อบุคคลในครอบครัวที่ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ

รักษาพยาบาลและบุตรที่มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตรโดยสิทธิของข้าพเจ้า 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** แบบ 1. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
2. สำเนาบัตรประชาชน



LINE งานเวชระเบียน รพ.มอ. @psu2525 เพื่อขอ HN รพ. :

แบบฟอร์มการทำบัตรผู้ป่วยใหม่

ชื่อ-สกุล ( นาย / นาง / นางสาว ) .....

วันเดือนปีเกิด ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

ที่อยู่ปัจจุบัน .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน \_ \_ \_ \_ \_

เชื้อชาติ ..... ศาสนา ..... อาชีพ ..... สถานภาพ .....

ชื่อ-สกุล บิดา ..... ชื่อ-สกุล มารดา .....

ชื่อคู่สมรส (ถ้ามี) .....

ชื่อ-สกุล ผู้ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ..... เบอร์โทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์เป็น.....

- กรอกข้อมูลใน “แบบฟอร์มการทำบัตรผู้ป่วยใหม่” ถ่ายรูปและส่งไปที่ LINE ทำบัตร รพ. @psu2525

- บัตรประจำตัวผู้ป่วย (บัตร รพ. สีเขียว) สามารถไปขอรับได้ที่ งานเวชระเบียน ชั้น 1 รพ.

โดยแสดงบัตรประจำตัวประชาชน (บัตรจริง)