

เอกสารรายงานตัว

แพทย์อิสระ

บรรจุเป็นพนักงานคณะแพทยศาสตร์

เอกสารประกอบการรายงานตัว

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

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



แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

สปส. 1 - 03

ข้อมูลนายจ้าง	สำหรับเจ้าหน้าที่
ชื่อสถานประกอบการ คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์ เลขที่บัญชี 10 - 9000327 - 7 ลำดับที่สาขา 900009 วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน ประเภทการจ้าง ☐ รายวัน ☒ รายเดือน ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....	เลขที่บัตรประกันสังคม [][][][]-[][][]-[][][][][][][][][][]
ข้อมูลผู้ประกันตน	
1. ชื่อ ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง [][][][] 2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง 3. สัญชาติ ไทย 4. เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. 5. เลขประจำตัวประชาชน []	
6. สถานภาพครอบครัว ☒ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. ม่าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่ ☐ ไม่มีบุตร ☐ มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. [][][][] ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. [][][][]	
7. สำหรับคนต่างด้าว ให้กรอกข้อความ ดังนี้ ☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่ ☐ หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่..... ☐ ใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว (WORK PERMIT) เลขที่..... ☐ อื่น ๆ ระบุ	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ลงชื่อ.....นายจ้าง (.....) วันที่	
ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล	
8. ขอเลือกสถานพยาบาลประกันสังคม รพ.สงขลานครินทร์ (ผู้ประกันตนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาล) หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรองคือ ลำดับที่ 1 ชื่อ หรือ ลำดับที่ 2 ชื่อ ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน (.....) วันที่	

[][][][]

[][][]

[][][][]

[][][][][][][][][][]

[][][][][][][][][][]

[][][][][][][][][][]

เอกสารที่แนบ
☒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว
☐ สำเนาหนังสือเดินทาง
☐ สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว
☐ อื่น ๆ

[][][][][][][][][][]

[][][][][][][][][][]

[][][][][][][][][][]

.....
(ผู้รับแบบ)

วันที่

คำแนะนำ

- ผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตนเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันบริษัทหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
- กรณีมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี มากกว่า 2 คน ให้กรอกปี พ.ศ. เกิดเพียง 2 คน ตามลำดับการเกิดก่อนหลังที่มีชีวิตอยู่
- การแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้ง ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน
- เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง ให้แจ้งเป็นหนังสือต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง ถ้าแจ้งข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย

สัญญาปฏิบัติงานของพนักงานคณะแพทยศาสตร์

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น เมื่อวันที่เดือน..... พ.ศ..... ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ระหว่างคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดย คณบดีคณะแพทยศาสตร์ และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ผู้รับมอบอำนาจจากอธิการบดี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามคำสั่งมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ 0995/2555 ลงวันที่ 1 มิถุนายน 2555 ซึ่งต่อไปในสัญญานี้จะเรียกว่า “คณะแพทยศาสตร์” ฝ่ายหนึ่งกับ นาย/นาง/นางสาว..... เกิดเมื่อวันที่เดือน..... พ.ศ..... อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ชื่อสามี/ภรรยา..... ซึ่งต่อไปในสัญญานี้จะเรียกว่า “พนักงานคณะ แพทยศาสตร์” อีกฝ่ายหนึ่ง

คู่สัญญาได้ตกลงกันมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ 1 คณะแพทยศาสตร์ ตกลงบรรจุ แต่งตั้งพนักงานคณะแพทยศาสตร์เพื่อปฏิบัติงานใน ตำแหน่ง.....สังกัดภาควิชา.....คณะแพทยศาสตร์ ตั้งแต่วันที่เดือน..... พ.ศ..... เป็นต้นไป จนถึงวันที่เดือน..... พ.ศ..... โดยพนักงานคณะแพทยศาสตร์ตกลงปฏิบัติงานในตำแหน่งดังกล่าวตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง มาตรฐานภาระงาน และภาระหน้าที่อื่นใดที่ผู้บังคับบัญชาได้มอบหมาย

ในการปฏิบัติงานตามสัญญานี้คณะแพทยศาสตร์สามารถสั่งการหรือมอบหมายให้พนักงานคณะ แพทยศาสตร์ปฏิบัติหน้าที่อื่นใดนอกเหนือจากสิ่งที่กล่าวในวรรคหนึ่ง หรือให้เข้าปฏิบัติงานในส่วนงานหรือ หน่วยงานใด ๆ ของคณะแพทยศาสตร์ ตามที่เห็นสมควรได้โดยพนักงานมหาวิทยาลัยตกลงยินยอมปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด

ข้อ 2 ตลอดอายุแห่งสัญญานี้พนักงานคณะแพทยศาสตร์ตกลงยินยอมอุทิศเวลาทั้งหมดให้แก่การ ปฏิบัติงานในหน้าที่ตามสัญญานี้ให้บังเกิดผลดีที่สุด ตามความรู้ความสามารถของตนด้วยความซื่อสัตย์ ขยันหมั่นเพียร และอดทน โดยจะรักษาวินัยและประพฤติหรือปฏิบัติตามกฎ ข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่ง และมติ หรือหลักเกณฑ์ใด ๆ ของคณะแพทยศาสตร์ ทั้งที่ได้ออกใช้บังคับอยู่แล้วในวันทำสัญญานี้และที่จะออกใช้บังคับต่อไป ในภายหน้าโดย เคร่งครัด และให้ถือว่ากฎ ข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่ง และมติหรือหลักเกณฑ์ดังกล่าวเหล่านี้เป็น ส่วนหนึ่งของสัญญา ฉบับนี้

ข้อ 3 คณะแพทยศาสตร์ตกลงจ่ายเงินเดือน ค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน ตามสัญญานี้ให้แก่พนักงาน คณะแพทยศาสตร์ เป็นรายเดือนตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กำหนด

ข้อ 4 ในระหว่างการเป็นพนักงานคณะแพทยศาสตร์ ถ้าพนักงานคณะแพทยศาสตร์ปฏิบัติหรือละเว้น การปฏิบัติหน้าที่ หรือกระทำใด ๆ เป็นผลให้เกิดความเสียหายแก่คณะแพทยศาสตร์ พนักงานคณะแพทยศาสตร์ ยินยอมชดเชยค่าเสียหายทั้งหมดให้แก่คณะแพทยศาสตร์ภายในเวลาที่คณะแพทยศาสตร์เรียกให้ชดเชย

ข้อ 5 สัญญานี้สิ้นสุดลงเมื่อพนักงานคณะแพทยศาสตร์พ้นสภาพการเป็นพนักงานคณะแพทยศาสตร์ตามระเบียบหรือข้อบังคับว่าด้วยการบริหารงานบุคคลพนักงานคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ข้อ 6 เมื่อสัญญานี้สิ้นสุดลงไม่ว่าด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม พนักงานคณะแพทยศาสตร์ต้องส่งมอบงานรวมทั้งทรัพย์สินของคณะแพทยศาสตร์ที่อยู่ในความรับผิดชอบหรือการควบคุมดูแลของตนคืนให้แก่คณะแพทยศาสตร์โดยพลัน

ข้อ 7 เอกสารข้อตกลงเกี่ยวกับภาระงานแนบท้ายสัญญานี้ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญานี้

สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน คู่สัญญาได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยละเอียด ตลอดแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและคู่สัญญาต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ).....คณะแพทยศาสตร์

(.....)

(ลงชื่อ).....พนักงานคณะแพทยศาสตร์

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

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 known 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



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 (ถ้ามี) 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 เมื่อ.....
☐ เคยตรวจระดับภูมิคุ้มกัน เมื่อ..... ผล.....
☐ ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน หรือไม่แน่ใจ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

5. ไขหวัดใหญ่

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

6. การควบคุมวัณโรคปอด (อย่างใดอย่างหนึ่ง)

6.1 ผลการทดสอบวัณโรคทางผิวหนัง ไม่เกิน 1 ปีก่อนมาฝึก และต้องได้รับการทดสอบแบบ two step PPD

- ☐ Negative ☐ Positive ☐ ไม่เคยทำ

6.2 ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่เกิน 3 เดือน นับจากวันที่มาฝึก (รับเฉพาะผลอ่านเท่านั้น)

- ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติเล็กน้อย ☐ ไม่เคยทำ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

ลงชื่อ

(.....) แพทย์ผู้รับรอง

วันที่/...../.....

เงื่อนไข/ข้อกำหนดก่อนเข้าฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ :

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

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)