

## เอกสารรายงานตัว

# แพทย์มีต้นสังกัด

### เอกสารประกอบการรายงานตัว

- |   |             |
|---|-------------|
| 1. สำเนา ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมฯ   | จำนวน 1 ชุด |
| 2. สำเนา บัตรประจำตัวประชาชน  | จำนวน 1 ชุด |
| 3. สำเนา สมุดคู่มือหน้าแรก(เลขที่บัญชี)<br>(บัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์) | จำนวน 1 ชุด |

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 วุฒิกการศึกษา..... สาขาวิชา.....

สถาบันการศึกษา..... สำเร็จ พ.ศ..... เกรตเฉลี่ย.....

ปริญญาโท วุฒิกการศึกษา..... สาขาวิชา.....

สถาบันการศึกษา..... สำเร็จ พ.ศ..... เกรตเฉลี่ย.....

ปริญญาเอก วุฒิกการศึกษา..... สาขาวิชา.....

สถาบันการศึกษา..... สำเร็จ พ.ศ..... เกรตเฉลี่ย.....

อื่น ๆ วุฒิกการศึกษา..... สาขาวิชา.....

สถาบันการศึกษา..... สำเร็จ พ.ศ..... เกรตเฉลี่ย.....

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 .....

ลงชื่อ .....ผู้สมัคร

(.....)

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

หมายเหตุ กรอกข้อมูลให้ได้รายละเอียดมากที่สุด เพื่อประโยชน์ของท่านเอง และสามารถแนบประวัติและเอกสารอื่น ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาตัวท่านเพิ่มเติมพร้อมๆกับใบสมัครได้

**ข้อตกลงภาระงาน ตำแหน่งนายแพทย์**  
**Workload Agreement for a staff doctor Position**

**ลักษณะงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ**

**Job Description and Responsibilities**

1. คุณแลร์รักษาพยาบาลผู้ป่วย 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 และการพินิจพิจารณาโดยต้องทั่วรอบคอบทั้งทางกว้างและทางลึก 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 ซึ่งอาจจะมีภาระงานเพิ่มเติมในส่วนของ การขยายงานบริการของโรงพยาบาล ภาระงานกรณีเกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติ หรือ เหตุการณ์ฉุกเฉิน 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 ของแต่ละสาขาวิชา 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.....

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 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 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. ไข้หวัดใหญ่

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

6. การควบคุมวัณโรคปอด (อย่างไรอย่างหนึ่ง)

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 :

1. ผู้เข้าฝึกกรอกข้อมูล พร้อมแสดงหลักฐาน ก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

2. 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)