

รอบที่

ใบสมัคร Matching program แพทย์ประจำบ้านสาขาสารสาทิทยา ประจำปีการฝึกอบรม 2570
สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ-นามสกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....อายุ.....ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ.

(จบการศึกษามาแล้ว ปี) สถานที่จบ GPA

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

มีความประสงค์ ☐ ส่งใบสมัคร Matching

☐ ขอเปลี่ยนแปลงอันดับ โดยยกเลิกใบสมัครเดิมที่ส่งมาเมื่อวันที่

ขอเลือกสถาบันฝึกอบรมตามลำดับดังต่อไปนี้

อันดับ	ชื่อสถาบัน
1	
2	
3	

ประเภท

☐ อีสระ ☐ ต้นสังกัด (โปรดระบุ)

ตำแหน่ง ☐ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ☐ แพทย์ประจำบ้านต่อยอระดับชั้นปีที่ 1

สถานที่ที่ติดต่อได้

.....
.....

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ : E-mail

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

- หมายเหตุ
1. ตรวจสอบรายชื่อผู้ส่งใบสมัครได้สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย (รอบที่ 1: วันที่ 10 กันยายน 2569)
 2. การแจ้งความจำนงค์เป็นการ Matching นอกรอบ ก่อนสมัครที่แพทยสภา
 3. สถาบันฝึกอบรมจะเป็นผู้เรียกสอบสัมภาษณ์ตามวันและเวลาที่กำหนด
 4. หลังจากทราบผลแล้ว ต้องไปสมัครที่แพทยสภาเองตามกำหนดเวลา

โปรดส่งใบสมัคร Matching นี้ มาที่สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร 0-2716-5901 หรือ E-mail: nstt2004@gmail.com (ยืนยันการรับเอกสารที่ 0-2716-5901)