



ประกาศโรงพยาบาลตำรวจ

เรื่อง การรายงานตัวและการชำระค่าธรรมเนียมการฝึกปฏิบัติงานหลังปริญญาในฐานแพทย์ฝึกหัด
ปีการศึกษา ๒๕๖๖

ตามประกาศสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ที่ ๑๓/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ เรื่อง ผลการคัดเลือกแพทย์ฝึกหัด ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ได้ประกาศรายชื่อแพทย์ฝึกหัด ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกยินยอมเข้าฝึกปฏิบัติงาน พร้อมชำระค่าฝึกปฏิบัติงาน ให้กับโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือก นั้น

โรงพยาบาลตำรวจ ขอแจ้งให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าฝึกปฏิบัติงานหลังปริญญาในฐานแพทย์ฝึกหัด ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ ได้รับทราบ และดำเนินการดังนี้

๑. ติดต่อยืนยันเข้าฝึกปฏิบัติงานหลังปริญญาในฐานแพทย์ฝึกหัด ตั้งแต่วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๖ ในวันและเวลาราชการ ที่ฝ่ายการศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลตำรวจ พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน ดังต่อไปนี้

๑.๑ สำเนาบัตรประชาชน

๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน

๑.๓ สำเนาการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

๑.๔ สำเนาใบปริญญาบัตร ที่มหาวิทยาลัยลงนามรับรองก่อนวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ และสำเนาใบปริญญาบัตรฉบับแปลภาษาไทย โดยการรับรองจากสถาบันหรือหน่วยงานแปลภาษา

๑.๔.๑ กรณียังไม่ได้รับปริญญาบัตร ให้ยื่นหนังสือรับรองสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัย พร้อมหนังสือรับรองฉบับแปลภาษาไทย โดยการรับรองจากสถาบันหรือหน่วยงานแปลภาษา

๑.๔.๒ กรณีที่แพทย์ฝึกหัดไม่สามารถนำสำเนาใบปริญญาบัตรมาแสดงต่อโรงพยาบาลตำรวจ ได้ก่อนวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ อนุโลมให้เข้าฝึกปฏิบัติงานได้โดยต้องแสดงหนังสือรับรองว่าเป็นผู้สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยแล้ว และให้ยื่นสำเนาใบปริญญาบัตรที่มหาวิทยาลัยลงนามรับรองในเอกสารแล้ว พร้อมฉบับแปลภาษาไทย ภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๗

๑.๕ หนังสือรับรองการสอบผ่านขั้นตอนที่ ๑, ขั้นตอนที่ ๒, OSCE, MEQ, Long case (ถ้ามี)

๑.๖ ประวัติการรับวัคซีน หรือ ผลการตรวจเพิ่มเติม ดังนี้

๑.๖.๑ วัคซีนหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR) อย่างน้อย ๒ ครั้ง

๑.๖.๒ วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ, บาดทะยัก, ไอกรณ จำนวน ๑ ครั้ง ภายใน ๑๐ ปี

๑.๖.๓ วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส (Varicella) อย่างน้อย ๒ ครั้ง หากมีประวัติเคยเป็นโรคอีสุกอีใสแล้ว ให้แนบผลการตรวจเลือด Varicella IgG

๑.๖.๔ วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (Hepatitis B) ครบ ๓ เข็ม หรือแนบผลการตรวจเชื้อ Hepatitis B (HBsAg) และภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ Hepatitis B (Anti-HBs)

๑.๖.๕ ผลการตรวจภาพรังสีทรวงอก ภายใน ๖ เดือน

/๒. ชำระค่าธรรมเนียม ...

๒. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการฝึกปฏิบัติงานหลังปริญญาในฐานะแพทย์ฝึกหัด รวมค่าหอพักแพทย์ และค่าสาธารณูปโภค จำนวน ๑๘๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนแปดหมื่นบาทถ้วน) ในนามแพทย์ฝึกหัดที่ได้รับการคัดเลือกเท่านั้น ชำระค่าธรรมเนียมการฝึกปฏิบัติงานหลังปริญญาในฐานะแพทย์ฝึกหัดได้ตั้งแต่วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๖ ในวันและเวลาราชการ โดยสามารถชำระค่าธรรมเนียมการฝึกปฏิบัติงานได้ ๒ วิธี ดังนี้

๒.๑ ชำระค่าธรรมเนียมการฝึกปฏิบัติงานหลังปริญญาในฐานะแพทย์ฝึกหัดด้วยตนเอง สามารถชำระได้ที่ มูลนิธิโรงพยาบาลตำรวจ ในพระบรมราชานุอุปถัมภ์ อาคารมหาภูมิพลราชานุสรณ์ ๘๘ พรรษา (มกร.) ชั้น ๒ ในวันและเวลาราชการ

๒.๒ ชำระค่าธรรมเนียมการฝึกปฏิบัติงานหลังปริญญาในฐานะแพทย์ฝึกหัด โดยวิธีการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาติ สาขาราชดำริ ประเทออมทรัพย์ เลขที่ ๐๑๑-๒-๔๓๒๕๑-๙ ชื่อบัญชี มูลนิธิโรงพยาบาลตำรวจ ในพระบรมราชานุอุปถัมภ์ พร้อมส่งหลักฐานการชำระเงินและใบแสดงความจำนองบริจาคเงินให้มูลนิธิโรงพยาบาลตำรวจ ในพระบรมราชานุอุปถัมภ์ มาที่ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ foundation.police.go.th@gmail.com

๓. หากชำระเงินค่าธรรมเนียมการฝึกปฏิบัติงานแล้ว ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นแพทย์ฝึกหัดไม่สามารถเข้าฝึกปฏิบัติงานได้ภายในวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ อนุโลมให้รักษาสีทธิการฝึกปฏิบัติงานไว้ในอดีตไปได้ ๑ ปีเท่านั้น โดยผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นแพทย์ฝึกหัด จะต้องแจ้งเป็นหนังสือเพื่อรักษาสีทธิเข้าฝึกปฏิบัติงานหลังปริญญาในฐานะแพทย์ฝึกหัดของโรงพยาบาลตำรวจ มายังฝ่ายการศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลตำรวจ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา มหาราชินี ชั้น ๘ (ฝั่งกลุ่มงานกุมารเวชกรรม) หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Education.pghdoctor@gmail.com

๔. ภายหลังจากการรักษาสีทธิฝึกปฏิบัติงานครบ ๑ ปี หากผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นแพทย์ฝึกหัดไม่สามารถเข้าฝึกปฏิบัติงานได้ ให้ถือว่าสละสีทธิการเข้าฝึกปฏิบัติงาน และไม่มีสีทธิเรียกร้องเงินค่าธรรมเนียมการฝึกปฏิบัติงานคืน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

พลตำรวจโท พลตำรวจโท

(ทวีศิลป์ เวชวิฑารณ์)

นายแพทย์(สบ ๘) โรงพยาบาลตำรวจ ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์ใหญ่ (สบ ๘)



ใบแสดงความจำนงบริจาคเงินให้
มูลนิธิโรงพยาบาลตำรวจในพระบรมราชินูปถัมภ์

POLICE GENERAL HOSPITAL FOUNDATION UNDER THE ROYAL PATRONAGE OF HER MAJESTY THE QUEEN

สำนักงานมูลนิธิฯ : 492/1 ถ.พระราม 1 แขวง/เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทร.0-2207-6000 ต่อ 10243-10245

โทรสาร 0-2253-7999 EMAIL: foundation.police.go.th@gmail.com

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ น.ศ.แพทย์

วัน/เดือน/ปีเกิด.....ที่อยู่.....หมู่บ้าน/บริษัท.....หมู่.....

ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์บริจาคเงินเพื่อ

- ☐ -กองทุนเพื่อการศึกษาและฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์ และแพทย์ฝึกหัด รพ.ตร.
หรือ สนับสนุนปรับปรุงซ่อมแซมกิจการทางการแพทย์ รพ.ตร.
จำนวนเงินบริจาค บาท

☐ เงินสด

☐ แคชเชียร์เช็ค สั่งจ่ายเช็ค ในนาม “มูลนิธิโรงพยาบาลตำรวจ ในพระบรมราชินูปถัมภ์”
เป็นเช็คธนาคาร.....สาขา..... เลขที่เช็ค.....

☐  ธนาคารทหารไทยธนชาติ สาขาราชดำริ ประเพณี ออมทรัพย์

บัญชีเลขที่ 011-2-43291-9 ชื่อบัญชี มูลนิธิโรงพยาบาลตำรวจ ในพระบรมราชินูปถัมภ์

ลงชื่อ.....ผู้บริจาค
(.....)