

ประกาศกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ที่ 1/2567

เรื่อง ประกาศรับสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับเด็ก
ประจำปีการศึกษา 2568 รอบที่ 1

.....

ด้วยกลุ่มงานวิสัญญี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีความประสงค์จะรับสมัครผู้ที่มีความสนใจฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับเด็ก ประจำปีการศึกษา 2568 จำนวน 2 อัตรา โดยผู้สมัครต้องเป็น วิสัญญีแพทย์ หรือ กำลังฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้าน ปีสุดท้ายของการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขาวิสัญญีวิทยา ซึ่งจะจบการฝึกอบรมในปีการศึกษา 2567 นี้

ผู้สนใจสามารถติดต่อขอรับแบบแสดงความจำนงได้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ณ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร. สายตรง 1415 ต่อ 2413

เปิดรับสมัคร ตั้งแต่บัดนี้ - 31 ตุลาคม 2567 และดำเนินการสมัครตามประกาศแพทยสภา

กำหนดวันนัดสัมภาษณ์ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 โดยการสัมภาษณ์ ณ สถาบันฝึกอบรม

ประกาศผล ตามแนวทางของแพทยสภา

หลักฐานประกอบการรับสมัคร

1. ใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วน พร้อมรูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
2. สำเนาปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จำนวน 1 ใบ
3. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 1 ใบ
4. สำเนาวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาวิสัญญีวิทยา หรือ หนังสือรับรองการเป็นแพทย์ประจำบ้านปีสุดท้าย จำนวน 1 ใบ
5. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาระดับแพทยศาสตรบัณฑิต จำนวน 1 ใบ
6. หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้ให้การรับรอง จำนวน 3 ท่าน
7. หนังสือรับรองจากต้นสังกัด จำนวน 1 ใบ
8. หนังสือรับรองการให้ทุน (กรณีได้รับทุนสนับสนุนการฝึกอบรม)

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้สมัครต้องมีคุณสมบัติพื้นฐานตามเกณฑ์แพทยสภา และกรอกใบสมัครในระบบแพทยสภา ทาง website: <http://www.tmc.or.th/tcgme> ภายในวันที่ 1-31 ตุลาคม 2567
2. พิจารณารับทั้งผู้ที่มีต้นสังกัดและไม่มีต้นสังกัด โดยจะพิจารณารับผู้ที่มีต้นสังกัดจาก กระทรวงสาธารณสุขเป็นลำดับแรก
3. พิจารณาตัดสินโดยการสัมภาษณ์ โดยพิจารณาจาก ประวัติการเรียน/ปฏิบัติงาน(30%) ทักษะติดต่อวิชาชีพ(25%) อุปนิสัย/บุคลิกภาพ(10%) ความตั้งใจ(10%) และความสามารถ พิเศษ(10%) หากมีคะแนนเท่ากันให้ผลการพิจารณาของกรรมการเป็นที่สิ้นสุด
4. ผู้เข้ารับการคัดเลือกสามารถอุทธรณ์ผลการคัดเลือกได้ โดยขอรับแบบฟอร์มการอุทธรณ์ และอุทธรณ์ผลการคัดเลือกผ่านทางประธานหลักสูตรฯ ได้ภายใน 7 วันหลังการประกาศผลการคัดเลือก

*** หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อ พญ. เดือนเพ็ญ ทอรัตนเรือง กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร. สายตรง 1415 ต่อ 2413

ประกาศ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567



(นพ.ณัฐพงศ์ เลปนานนท์)
หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา



รูป

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับเด็ก
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ปีการศึกษา 2568

- ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน เพศ อายุ ปี
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. สัญชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส คู่ โสด หม้าย หย่า
- ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ
- Email address
- สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน
ตำแหน่ง ภาควิชา/กลุ่มงาน/ฝ่าย โรงพยาบาล สังกัด
- ประวัติการศึกษา/การปฏิบัติงาน
สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก เมื่อ พ.ศ.
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่ ออกให้ ณ วันที่
- ฝึกอบรมวิสัญญีวิทยาที่สถาบัน ปีที่ฝึกอบรม -
- ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาวิสัญญีวิทยา เมื่อ
- รางวัลที่เคยได้รับจากการศึกษาหรือปฏิบัติงาน
- ปฏิบัติงานโครงการเพิ่มพูนทักษะที่โรงพยาบาล
- ประสบการณ์การทำงานหลังโครงการเพิ่มพูนทักษะและหลังได้รับวุฒิบัตรวิสัญญีวิทยา
ตำแหน่ง โรงพยาบาล พ.ศ.
ตำแหน่ง โรงพยาบาล พ.ศ.
ตำแหน่ง โรงพยาบาล พ.ศ.
ตำแหน่ง โรงพยาบาล พ.ศ.
ตำแหน่ง โรงพยาบาล พ.ศ.
ตำแหน่ง โรงพยาบาล พ.ศ.
- สิทธิในการสมัคร ไม่มีต้นสังกัด มีต้นสังกัด ระบุ
- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลในการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 3 ท่าน
1) ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง
ที่อยู่ โทรศัพท์
- 2) ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง
ที่อยู่ โทรศัพท์
- 3) ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง
ที่อยู่ โทรศัพท์
- หลักฐานประกอบการสมัคร (ใบสมัครสามารถส่งเป็น digital file ได้ พร้อมรูปถ่าย, ใบรับรองการปฏิบัติงานส่งมาที่สถาบันฝึกอบรม)
รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว , สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จำนวน 1 ใบ, สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 1 ใบ, สำเนา
วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาวิสัญญีวิทยาหรือ หนังสือรับรองการเป็นแพทย์ประจำบ้านปีสุดท้าย จำนวน 1 ใบ, สำเนาใบ
แสดงผลการศึกษาระดับแพทยศาสตรบัณฑิต จำนวน 1 ใบ, ใบรับรองการปฏิบัติงานจากผู้ให้การรับรอง 3 ท่าน, ใบรับรองจากต้นสังกัด จำนวน 1 ใบ
ที่อยู่จัดส่งเอกสาร: กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 (email: pedanesthsnich@gmail.com)

แนวทางการสมัครสอบเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรม

อนุสาขา/ด้าน

วิสัญญีวิทยาสำหรับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลัน

ก. คุณสมบัติและหลักฐานของผู้ยื่นคำขอสมัครสอบ

ผู้สมัครต้องมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยเกณฑ์การออกประกาศนียบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาประเภทที่สาม พ.ศ. 2547 ข้อ 2 ผู้สมัครต้องเป็นผู้ที่สถาบันฝึกอบรม/สถานที่ปฏิบัติงานส่งรายชื่อแพทย์ผู้มีสิทธิ์สมัครสอบเพื่อประกาศนียบัตร ไปยังราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ และมีหลักฐานประกอบต่าง ๆ ตามที่กำหนดในมาตรฐาน คุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มคว.1) อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลันและที่ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์กำหนดดังนี้

ผู้ขอเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมอนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลัน

คุณสมบัติ

1. เป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2535
2. เป็นผู้ที่ได้รับวุฒิบัตรฯ หรือหนังสืออนุมัติบัตรฯ สาขาวิสัญญีวิทยาของแพทยสภาหรือจากสถาบันในต่างประเทศที่แพทยสภารับรอง
3. เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมอนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลันโดยผ่านการฝึกอบรมครบตามหลักสูตรไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของระยะเวลาการฝึกอบรม

4. สถาบันฝึกอบรมเห็นสมควรให้เข้าสอบ

หลักฐานการสมัคร

1. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม 1 ฉบับ
2. สำเนาวุฒิบัตรฯ หรือหนังสืออนุมัติบัตรฯ สาขาวิสัญญีวิทยาของแพทยสภา หรือจากสถาบันในต่างประเทศที่แพทยสภารับรอง 1 ฉบับ
3. สำเนาบัตรประชาชน 1 ใบ
4. หลักฐานจากสถาบันฝึกอบรมที่แสดงว่าได้ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมอนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลันครบตามหลักสูตรของแพทยสภาและรับรองว่าสมควรให้เข้าสอบได้
5. หนังสือรับรองความประพฤติจากหัวหน้าภาควิชาวิสัญญีวิทยาหรือเทียบเท่า
6. รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป
7. แบบบันทึกจำนวนผู้ป่วยที่ได้ปฏิบัติงานการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ฝึกอบรม โดยมีหัวหน้าภาควิชาวิสัญญีวิทยารับรอง (จำนวนผู้ป่วยต้องอยู่ในเกณฑ์ที่คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ เห็นสมควร)

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการการะงับความรู้สึกลเฉพาะส่วน	
● ปฏิบัติเอง	100 ราย/ปี
● ช่วยปฏิบัติ	50 ราย/ปี
จำนวนผู้ป่วยที่รับวิชาการบริการระงับปวดเฉียบพลัน	50 ราย/ปี

8. เอกสารรับรองการมีส่วนร่วมในงานวิจัย 1 เรื่องโดยมีอาจารย์ผู้คุมวิจัยและประธานหลักสูตรในสถาบันฯ รับรองและหลักฐานงานวิจัย

ผู้ขอเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านวิสัญญีวิทยาสำหรับการระงับความรู้สึกลเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลัน

คุณสมบัติ

1. เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2535
 2. เป็นผู้ที่ได้รับวุฒิปัตถฯ หรือหนังสืออนุมัติปัตถฯ สาขาวิสัญญีวิทยาของแพทยสภาหรือจากสถาบันในต่างประเทศที่แพทยสภารับรอง

3. มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

3.1 เป็นผู้ที่ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมอนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับการระงับความรู้สึกลเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลันจากสถาบันฝึกอบรมภายในประเทศที่ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยยอมรับ โดยหลักสูตรมีการฝึกอบรมอย่างน้อย 1 ปี โดยมีประสบการณ์ในการให้การระงับความรู้สึกลเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลันอย่างน้อย 1 ปี จนถึงวันรับสมัครสอบ

3.2 เป็นผู้ที่ได้รับประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ปฏิบัติการ (clinical fellow) สาขาการระงับความรู้สึกลเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลันโดยหลักสูตรมีการฝึกอบรมอย่างน้อย 1 ปี จากสถาบันที่ได้รับการยอมรับในต่างประเทศ โดยมีประสบการณ์ในการให้การระงับความรู้สึกลเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลันอย่างน้อย 1 ปี จนถึงวันรับสมัครสอบ

3.3 เป็นผู้ที่ได้รับประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองแพทย์ผู้ช่วยวิจัย (research fellow) สาขาการระงับความรู้สึกลเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลันโดยหลักสูตรมีการฝึกอบรมอย่างน้อย 1 ปี จากสถาบันที่ได้รับการยอมรับในต่างประเทศ โดยมีประสบการณ์ในการให้การระงับความรู้สึกลเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลันอย่างน้อย 2 ปี จนถึงวันรับสมัครสอบ

หลักฐานการสมัคร

1. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม 1 ฉบับ
 2. สำเนาวุฒิปัตถฯ หรือหนังสืออนุมัติฯ สาขาวิสัญญีวิทยาของแพทยสภา หรือจากสถาบันในต่างประเทศที่แพทยสภารับรอง 1 ฉบับ

3. สำเนาบัตรประชาชน 1 ใบ

4. ประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ปฏิบัติการ (clinical fellow) หรือหนังสือรับรองแพทย์ผู้ช่วยวิจัย (research fellow) สาขาการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลัน อย่างไม่อย่างหนึ่ง

5. แบบบันทึกประสบการณ์การให้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลันตามตารางด้านล่าง ภายใน 1 ปีจนถึงวันรับสมัครสอบ โดยมีหนังสือรับรองจากสถาบัน

ผู้ป่วยที่ได้รับการการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนที่ได้ทำเองหรือภายใต้การกำกับดูแล	150 ราย
Epidural/Combined spinal epidural/Caudal	20 ราย
Peripheral nerve block	130 ราย
-Ultrasound-guided upper limb block	55 ราย
-Superficial/Intermediate cervical plexus block	2
-Interscalene brachial plexus block	15
-Supraclavicular brachial plexus block	10
-Infraclavicular brachial plexus block	10
-Axillary brachial plexus block	18
-Ultrasound-guided lower limb block	50 ราย
-Femoral nerve block	5
-Adductor canal block	10
-Fascia iliaca compartment block/ PENG	15
-Sciatic nerve block (any approach)	15
-Ankle block	5
-Ultrasound-guided truncal block	25 ราย
-TAP/ rectus sheath block	5
-Quadratus lumborum block	5
-Ilioinguinal/ Iliohypogastric block	2
-Thoracic interfascial plane block	10
-Paravertebral block	3
-Ultrasound-assisted spinal block/epidural block	+/-
ผู้ป่วยที่รับปรึกษาการบริการระงับปวดเฉียบพลัน	50 ราย

6. รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป

ข. วันที่รับสมัคร

วันที่ 1 - 31 พฤษภาคม ของทุกปี

ค. การขอสมัครสอบ

1. กรอกข้อมูลในแบบคำขอสมัครสอบ

2. ค่าสมัครสอบสำหรับประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมอนุสาชาด้านวิสัญญีวิทยาสำหรับการระดับความรู้ลึกเฉพาะส่วนและการระดับปอดเฉียบพลัน 8,000 บาท (รวมค่าประกาศนียบัตรฯ อายุ 5 ปี จากแพทยสภา)

3. เอกสารแสดงคุณสมบัติและหลักฐานประกอบการสมัคร ตามข้อ ก

4. ชำระเงินค่าสมัครสอบ

โอนเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช ชื่อบัญชี นาง สุวิมล ต่างวิวัฒน์ เลขที่บัญชี 403-816-3004

ส่งเอกสารการสมัครสอบ พร้อมสำเนาเอกสารทั้งหมดจำนวนมาที่ RAPMcert@gmail.com

หากมีข้อสงสัยติดต่อสอบถามได้ที่ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (คุณวันเพ็ญ แสงหิรัญ) อาคารสยามินทร์ ชั้น 11 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์ 02-419-7990 ต่อ 205 โทรสาร 02-411-3256

ง. การสอบ

1. กำหนดการสอบและสถานที่สอบจะแจ้งให้ทราบตามประกาศการสอบแต่ละครั้ง

2. การสอบเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมอนุสาชาวิสัญญีวิทยาสำหรับการระดับความรู้ลึกเฉพาะส่วนและการระดับปอดเฉียบพลันประกอบด้วย

2.1 สอบข้อเขียน

2.1.1 ข้อสอบปรนัย (MCQ) 100 ข้อ

2.1.2 ข้อสอบอัตนัยแบบ SAQ 5 ข้อ

2.1.3 Ultrasound quiz 10 ข้อ

2.2 สอบปากเปล่า 4 ข้อ เพื่อพิจารณาความรู้ วิทยาการก้าวหน้า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการทาง

วิสัญญีวิทยาที่ไม่ใช่ทางเทคนิค (anesthesiologist nontechnical skill) และไหวพริบ กิริยามารยาท

3. การสอบเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านวิสัญญีวิทยาสำหรับการระดับความรู้ลึกเฉพาะส่วนและการระดับปอดเฉียบพลันประกอบด้วยการสอบปากเปล่า 6 ข้อ

จ. ผลการสอบ

1. การสอบเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมอนุสาชาวิสัญญีวิทยาสำหรับการระดับความรู้ลึกเฉพาะส่วนและการระดับปอดเฉียบพลัน ต้องสอบผ่านเกณฑ์ทั้งภาคทฤษฎีและการสอบปากเปล่า ใช้เกณฑ์ผ่านร้อยละ 60

2. การสอบเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านวิสัญญีวิทยาสำหรับการระดับความรู้ลึกเฉพาะส่วนและการระดับปอดเฉียบพลันใช้เกณฑ์ผ่านร้อยละ 60 หรืออยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการฝึกอบรมฯ

3. การตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นที่สุด

4. การอุทธรณ์ ผู้เข้าสอบสามารถยื่นคำร้องผ่านราชวิทยาลัยสัตวแพทย์แห่งประเทศไทย ภายใน 14 วันหลังการประกาศผลของคณะกรรมการฝึกอบรมฯ



คำขอสอบ เพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านวิสัญญีวิทยา
อนุสาขาการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลัน
ปีการศึกษา

รูปถ่าย 1 นิ้ว

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน/passport..... เกิดวันที่

อายุ ปี เชื้อชาติ สัญชาติ

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ ออกให้เมื่อวันที่

ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จากสถาบัน

ออกให้เมื่อวันที่

2. ที่อยู่สามารถติดต่อได้

เลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร ซอย

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ E-mail

3. คุณสมบัติในการยื่นคำขอสอบ

3.1 ผ่านการฝึกอบรมฯ อยู่ระหว่างการฝึกอบรมฯ

สถาบันฝึกอบรม

สาขา

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

รวมระยะเวลาทั้งสิ้น (เดือน)

3.2 มีต้นสังกัดโดยได้รับทุนจาก จังหวัด

โรงพยาบาล อื่น ๆ (ระบุ)

ไม่มีต้นสังกัด (อิสระ)

4 สถานที่ปฏิบัติงานหลังจากสำเร็จการฝึกอบรม

.....

.....

.....

ทั้งนี้ได้แนบเอกสารหลักฐานมาตามรายการและได้ดำเนินการตามขั้นตอนตามที่ระบุไว้ท้ายใบสมัครนี้แล้วอย่างครบถ้วนทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ในใบสมัครนี้เป็นจริงทุกประการ
และเอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

หากในภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งหรือตรวจสอบพบว่าข้อความไม่เป็นจริงหรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิการเป็นแพทย์ประจำบ้านแม้ว่าจะคัดเลือกหรือเริ่มเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมแล้วก็ตาม

ลงชื่อผู้ยื่นใบสมัคร

(.....)

วันที่

เอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร

1. รูปถ่าย 1 นิ้ว (2 ใบ)
2. สำเนาบัตรประชาชน
3. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
4. สำเนาวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
5. หนังสือรับรองการปฏิบัติงานและรับรองความประพฤติจากหัวหน้าภาควิชาหรือเทียบเท่า
6. สรุปรายงานผู้ป่วย และรายงานการวิจัย

แบบสรุปรายงานผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลัน

ชื่อผู้สมัครสถานที่ปฏิบัติงาน.....

<p>หัตถการทำเอง/กำกับดูแล</p> <ul style="list-style-type: none">● CSE/epidural● Peripheral nerve block<ul style="list-style-type: none">● Superficial/Intermediate cervical plexus block● Ultrasound-guided brachial plexus blocks<ul style="list-style-type: none">- Interscalene BPB- Supraclavicular BPB- Infraclavicular BPB- Axillary BPB● Ultrasound-guided lower limb blocks<ul style="list-style-type: none">- Femoral nerve block- Adductor canal block- Fascia iliaca block- PENG block- Sciatic nerve block- Popliteal sciatic nerve block- Ankle block● Ultrasound-guided truncal block<ul style="list-style-type: none">- TAP/rectus sheath block- Quadratus lumborum block- Ilioinguinal, iliohypogastric nerve block- Thoracic interfascial plane block: PECs, Erector spinae plane block, Serratus plane block- Paravertebral nerve block● Ultrasound-assisted spinal block/epidural block	
จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการการระงับปวดเฉียบพลัน	

แบบฟอร์มแสดงการมีส่วนร่วมในงานวิจัยของผู้เข้าอบรมหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้าน
 วิทยาศาสตร์สำหรับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนและการระงับปวดเฉียบพลัน

ชื่อ _____

ชื่อหัวหน้างานวิจัย _____

ขั้นตอนงานวิจัย	การมีส่วนร่วม	หลักฐานที่ใช้ในการแสดง
Develop the research question	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Research proposal
Review literature	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Design the study and develop the method	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Write the research proposal	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Obtain ethical approval	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> EC Approval
Collect the data	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Case record form
Analyze and interpret the data	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Results
Write the manuscript	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Manuscript
Submit the manuscript	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Approval of submission

 (_____)

Date _____

ประธานการฝึกอบรม

 (_____)

Date _____

อาจารย์ผู้คุมงานวิจัย