



แบบฟอร์มการเสนอชื่อผู้สมควรได้รับการพิจารณาเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่น ปี 2561

ของสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อและนามสกุล.....อายุ.....ปี

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

.....

สาขาวิชาปฏิบัติงาน.....

2. ประวัติการศึกษา

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ.จาก.....

ปีที่ได้รับ วว/อว สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.

3. เกียรติประวัติและรางวัลที่เคยได้รับ

.....

.....

.....

4. เชื้อผลงานทางวิชาการ

.....

.....

.....

5. กรุณาแนบรูปถ่ายในปัจจุบัน ของผู้ได้รับการเสนอชื่อ (ขนาด 2 นิ้ว) 1 รูป

ลงนามผู้เสนอชื่อ.....

(ตัวบรรจง).....

สถานที่ติดต่อ.....

กรุณาส่งกลับมาที่

ประธานคณะกรรมการคัดเลือกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่น

ชั้น 11 ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310

Email: thaifammed@gmail.com