



แบบฟอร์มการเสนอชื่อผู้สมควรได้รับการพิจารณาเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่น
รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ประจำปี พ.ศ. 2564
สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
รายนามวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ และนามสกุล.....อายุ.....ปี

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

.....

สาขาวิชาปฏิบัติงาน.....

ที่อยู่.....

.....

หมายเลขโทรศัพท์.....อีเมล.....

ประเภทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นที่เสนอให้พิจารณารับรางวัล

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นด้านวิชาการ
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นด้านบริการ
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นด้านนวัตกรรมการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Young Family Doctor)

2. ประวัติการศึกษา

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. จาก.....

.....

การศึกษา หลังปริญญา

.....

ปีที่ได้รับ วว./อว. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.....

3. เกียรติประวัติและรางวัลที่เคยได้รับ

.....

.....

.....

.....

.....

4. ผลงานด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานเวชศาสตร์ครอบครัวและงานปฐมภูมิ

.....

.....

.....

.....

.....

5. ผลงานด้านบริการที่เกี่ยวข้องกับงานเวชศาสตร์ครอบครัวและงานปฐมภูมิ

.....

.....

.....

.....

.....

ผลงานด้านอื่นๆ ที่ต้องการนำเสนอ

.....

.....

.....

.....

.....

แนบเอกสารประกอบผลงานด้านต่างๆ เอกสารความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา และ/หรือผู้ร่วมงานต่อการปฏิบัติงานของผู้ที่ถูksenอชื่อ และหลักฐานที่ต้องส่งเพื่อประกอบการพิจารณา และรูปถ่ายหน้าตรงขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (รูปถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) ของผู้ที่ถูksenอชื่อ

ลงนามผู้เสนอชื่อ.....

(ตัวบรรจง).....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์/มือถือ.....

กรุณาส่งกลับมาที่

ประธานคณะกรรมการคัดเลือกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
เลขที่ 2 ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310
Email : tgpfpat.fmth@gmail.com