

หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านกุมารศาสตร์

กลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โรงพยาบาลเด็ก) เปิดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านกุมารศาสตร์ หลักสูตร ๓ ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งนับเป็นการฝึกอบรมในสาขาดังกล่าวเป็นครั้งแรกของประเทศ ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันเป็นเวลากว่า ๓๐ ปี นับตั้งแต่ปีการศึกษา ๒๕๔๕ แพทยสภาและราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย กำหนดให้เพิ่มเวลาของหลักสูตรเป็น ๔ ปี

เป้าหมาย

แพทย์ผู้ผ่านการฝึกอบรมเป็นกุมารศัลยแพทย์ที่มีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีสามารถสร้างหน่วยงานเฉพาะทางกุมารศัลยกรรม ในโรงพยาบาลต้นสังกัดเพื่อดูแลประชาชนในส่วนภูมิภาค และสามารถถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขอื่นได้เป็นอย่างดี

ประสบการณ์การเรียนรู้

ปีที่ ๑ ปฏิบัติงานในสาขาศัลยศาสตร์ และศัลยศาสตร์อนุสาขาอื่นในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ดังนี้

โรงพยาบาลราชวิถี	๖	เดือน
โรงพยาบาลเลิดสิน	๑	เดือน
โรงพยาบาลนพรัตน์ฯ	๑	เดือน
สถาบันสุขภาพเด็กฯ	๔	เดือน

ปีที่ ๒ ปฏิบัติงานในสาขากุมารศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

สถาบันสุขภาพเด็กฯ	๑๐	เดือน
NICU สถาบันสุขภาพเด็ก	๑	เดือน
Pediatric surgical pathology (สถาบันพยาธิวิทยา)	๑	เดือน

ปีที่ ๓ ปฏิบัติงานในสาขากุมารศาสตร์ ดังนี้

สถาบันสุขภาพเด็กฯ	๘	เดือน
Endoscopy โรงพยาบาลราชวิถี	๑	เดือน
โรงพยาบาลศิริราช	๑	เดือน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	๑	เดือน
โรงพยาบาลรามธิบดี	๑	เดือน

ปีที่ ๔ ปฏิบัติงานในสาขากุมารศาสตร์ ดังนี้

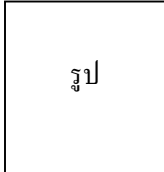
สถาบันสุขภาพเด็กฯ	๘	เดือน
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	๑	เดือน
Trauma โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	๑	เดือน
Pediatric laparoscopic surgery (สถาบันในต่างประเทศ)	๑	เดือน
Free elective	๑	เดือน

การประเมินผล

- In-training examination ปีละ ๑ ครั้ง
- การสอบเพื่อวุฒิบัตร เมื่อจบการฝึกอบรม



**ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขากุมารศัลยศาสตร์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๘**



๑. ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.).....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
๒. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
E-mail.....
๓. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน
กลุ่มงาน/ฝ่าย.....
โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....
๔. สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จาก.....เมื่อ พ.ศ.
ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....เมื่อ.....
โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....
ตั้งแต่ เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.
ประสบการณ์การทำงานหลังโครงการเพิ่มพูนทักษะ
โรงพยาบาล.....จังหวัด.....พ.ศ.
โรงพยาบาล.....จังหวัด.....พ.ศ.
โรงพยาบาล.....จังหวัด.....พ.ศ.
ภาระการชดใช้ทุน
 มี ปฏิบัติมาแล้ว.....ปี ไม่มี ปฏิบัติครบ ๓ ปี แล้ว ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว
๕. สิทธิในการสมัคร
 ไม่มีต้นสังกัด
 มีต้นสังกัด โรงพยาบาล.....
๖. รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน ๒ คน
(ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชา และ/หรือ ผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)
๑. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
๒. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
๗. หลักฐานประกอบการสมัคร
๑. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
๒. สำเนาปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต
๓. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
๔. สำเนาหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ