แบบฟอร์มยืนยันสิทธิการเข้ารับการฝึกอบรม

สำหรับผู้ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขา.....

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

---

1. ข้อมูลผู้ได้รับการคัดเลือก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

เลขประจำตัวประชาชน .....

เลขที่ใบสมัคร .....

โทรศัพท์ .....

E-mail .....

ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

อนุสาขา .....

ประจำปีการฝึกอบรม พ.ศ. .....

ตามประกาศผลการคัดเลือกของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

---

2. การยืนยันสิทธิ

ข้าพเจ้าขอ **ยืนยันสิทธิในการเข้ารับการฝึกอบรม** ในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาดังกล่าว ณ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ตามระยะเวลาและเงื่อนไขที่หลักสูตรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนด

ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับว่า การเข้ารับการฝึกอบรมต้องเป็นไปตาม

1. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขของหลักสูตรฝึกอบรม
2. ระเบียบและข้อบังคับของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
3. หลักเกณฑ์และข้อกำหนดของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย แพทยสภา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. เงื่อนไขและข้อกำหนดอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการฝึกอบรม

3. การรับทราบเงื่อนไขการยืนยันสิทธิ

ข้าพเจ้ารับทราบว่า

☐ การยืนยันสิทธินี้เป็นการแสดงเจตนาที่จะเข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่ได้รับการคัดเลือก

☐ ข้าพเจ้าจะดำเนินการรายงานตัวและส่งเอกสารประกอบการเข้ารับการฝึกอบรมภายในระยะเวลาที่หลักสูตรกำหนด

☐ ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากไม่ดำเนินการยืนยันสิทธิหรือรายงานตัวภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่มีเหตุอันสมควร อาจถือว่าสละสิทธิ และหลักสูตรสามารถดำเนินการเรียกผู้สมัครสำรองตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

☐ ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากประสงค์จะสละสิทธิภายหลังจากยืนยันสิทธิแล้ว จะต้องแจ้งต่อหลักสูตรเป็นลายลักษณ์อักษรตามขั้นตอนที่กำหนด

☐ ข้าพเจ้ารับทราบว่าการเข้ารับการฝึกอบรมต้องผ่านคุณสมบัติและเงื่อนไขที่กำหนดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

---

4. การรับรองของผู้ได้รับการคัดเลือก

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ระบุในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงทุกประการ และขอยืนยันความประสงค์ในการเข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่ได้รับการคัดเลือก

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจเงื่อนไขการยืนยันสิทธิและการเข้ารับการฝึกอบรมแล้ว และยินยอมปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ ระเบียบ และข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ ..... ผู้ได้รับการคัดเลือก

(.....)

วันที่ ..... / ..... / .....

สำหรับเจ้าหน้าที่/หลักสูตร

5. การรับแบบฟอร์มยืนยันสิทธิ

ได้รับแบบฟอร์มยืนยันสิทธิเมื่อวันที่ ..... / ..... / .....

ผู้รับเอกสาร .....

ตำแหน่ง .....

ตรวจสอบเอกสารแล้ว

☐ ครบถ้วน

☐ ไม่ครบถ้วน ระบุ .....

---

6. การดำเนินการหลังการยืนยันสิทธิ

☐ บันทึกการยืนยันสิทธิเรียบร้อยแล้ว

☐ แจ้งกำหนดการรายงานตัว

☐ แจ้งรายการเอกสารที่ต้องนำส่งเพิ่มเติม

☐ ดำเนินการอื่น ๆ ระบุ .....

หมายเหตุ

.....

.....

ลงชื่อ ..... ผู้รับผิดชอบหลักสูตร

(.....)

วันที่ ..... / ..... / .....

เอกสารประกอบการยืนยันสิทธิ

☐ แบบฟอร์มยืนยันสิทธิที่ลงนามแล้ว

☐ สำเนาบัตรประชาชน

☐ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม/เอกสารที่เกี่ยวข้อง

☐ เอกสารแสดงคุณสมบัติตามที่หลักสูตรกำหนด

☐ เอกสารอื่น ๆ .....

หมายเหตุ: เอกสารและข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับจากผู้สมัครจะได้รับการจัดเก็บและดำเนินการตามระบบของโรงพยาบาลและกฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้อง