แบบฟอร์มสละสิทธิการเข้ารับการฝึกอบรม

สำหรับผู้ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาศัลยศาสตร์จักษุตกแต่งและเสริมสร้าง

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

---

1. ข้อมูลผู้ได้รับการคัดเลือก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... เลขประจำตัวประชาชน .....

เลขที่ใบสมัคร .....โทรศัพท์ .....E-mail .....

ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด**อนุสาขา ศัลยศาสตร์จักษุตกแต่งและเสริมสร้าง**

ประจำปีการฝึกอบรม พ.ศ. .....

ตามประกาศผลการคัดเลือกของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

---

2. การแสดงเจตนาสละสิทธิ

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนา **สละสิทธิการเข้ารับการฝึกอบรม** ในหลักสูตรดังกล่าว และขอให้โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ดำเนินการยกเลิกสิทธิของข้าพเจ้าในการเข้ารับการฝึกอบรมตามผลการคัดเลือกดังกล่าว

โดยข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับว่า การสละสิทธิดังกล่าวอาจมีผลต่อการเรียกผู้สมัครลำดับถัดไปตามหลักเกณฑ์และขั้นตอนที่หลักสูตรกำหนด

3. เหตุผลในการสละสิทธิ

โปรดระบุเหตุผล (ถ้าประสงค์จะให้ข้อมูล)

☐ ได้รับการคัดเลือก/ตอบรับการฝึกอบรมจากสถาบันอื่น

☐ มีเหตุผลหรือภาระส่วนตัว

☐ มีการเปลี่ยนแปลงแผนการศึกษาหรือการประกอบวิชาชีพ

☐ ไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมตามระยะเวลาที่กำหนด

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

.....

.....

หมายเหตุ: การระบุเหตุผลเป็นไปโดยสมัครใจ และไม่มีผลต่อการพิจารณาหรือการดำเนินการตามสิทธิของผู้สมัคร เว้นแต่มีข้อกำหนดตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง

---

4. การรับทราบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การสละสิทธิครั้งนี้เป็นความประสงค์ของข้าพเจ้าโดยสมัครใจ และได้พิจารณาผลของการสละสิทธิแล้ว

ข้าพเจ้ารับทราบว่า เมื่อดำเนินการสละสิทธิแล้ว โรงพยาบาลสามารถดำเนินการเรียกผู้สมัครลำดับถัดไปหรือดำเนินการอื่นตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกและการรับเข้าฝึกอบรมที่กำหนด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ระบุในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้สละสิทธิ

(.....)

วันที่ ..... / ..... / .....

สำหรับเจ้าหน้าที่/หลักสูตร

5. การรับเรื่องสละสิทธิ

ได้รับแบบฟอร์มสละสิทธิเมื่อวันที่ ..... / ..... / .....

ผู้รับเรื่อง .....

ตำแหน่ง .....

☐ เอกสารครบถ้วน

☐ เอกสารไม่ครบถ้วน ระบุ .....

---

6. การดำเนินการของหลักสูตร

☐ รับทราบการสละสิทธิ

☐ ดำเนินการเรียกผู้สมัครลำดับถัดไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

☐ ดำเนินการอื่น ๆ ระบุ .....

รายละเอียดการดำเนินการ

.....

.....

ลงชื่อ ..... ผู้รับผิดชอบหลักสูตร

(.....)

วันที่ ..... / ..... / .....

เอกสารประกอบ

☐ สำเนาบัตรประชาชน/เอกสารแสดงตัวตน

☐ สำเนาประกาศผลการคัดเลือก

☐ เอกสารอื่น ๆ .....

การเก็บรักษาข้อมูล: เอกสารฉบับนี้ให้จัดเก็บเป็นหลักฐานของหลักสูตรตามระบบการจัดเก็บเอกสารของโรงพยาบาล และดำเนินการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง