

แบบเสนอชื่อผู้สมควรได้รับรางวัลเกียรติยศแพทยทหาร  
สมาคมแพทยทหารแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์  
ครั้งที่ ๓ ปี ๒๕๖๗

ประวัติผู้ได้รับการเสนอชื่อ (กรุณาเลือก ๑ ประเภท)

รางวัลเกียรติยศแพทยทหาร

รางวัลเกียรติยศแพทยทหารรุ่นใหม่

๑. ยศ-ชื่อ-สกุล.....  
วันเดือนปีเกิด ...../...../..... สถานที่เกิด..... อายุ..... ปี  
สถานะครอบครัว..... ชื่อคู่สมรส..... สกุลเดิม.....  
การประกอบอาชีพของคู่สมรส .....

ชื่อบิดา..... ชื่อมารดา.....  
ชื่อบุตร/ธิดา ..... การศึกษา/การประกอบอาชีพ.....  
สถานที่ทำงานปัจจุบัน ..... โทร. ....  
สถานที่ที่ติดต่อได้ ..... โทร. .... โทรสาร .....

e-mail..... Id line .....

๒. การศึกษา

คุณวุฒิ	รุ่นที่/ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถานศึกษา/สาขาวิชา
๒.๑	.....	.....
๒.๒	.....	.....
๒.๓	.....	.....
๒.๔	.....	.....
๒.๕	.....	.....

๓. ประวัติการทำงานตั้งแต่เริ่มรับราชการถึงปัจจุบัน

ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ระยะเวลา (ปี พ.ศ.)
๓.๑	.....	.....
๓.๒	.....	.....
๓.๓	.....	.....
๓.๔	.....	.....
๓.๕	.....	.....

๔. ผลงานดีเด่น (กรุณากรอกรายละเอียดข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณา)

๔.๑ ผลงานที่แสดงถึงการเป็นผู้ที่ศึคน ด้านงานการแพทยทหาร จนปรากฏให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม  
.....  
.....  
.....

๔.๒ ผลงานที่สมควรได้รับการเชิดชูยกย่อง ทางด้านวิชาการ หรือวิจัยที่เป็นที่ยอมรับในระดับชาติ  
.....  
.....

.....  
.....  
๔.๓ ผลงานในด้านการบริหารจัดการองค์การอย่างโดดเด่นเป็นรูปธรรม

.....  
.....  
๔.๔ ผลงานที่แสดงถึงการเป็นผู้ทิศตนทางการแพทย์ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมและสังคม

.....  
.....  
๕. รางวัล/เหรียญ เกียรติยศ เกียรติคุณ เกียรติบัตร การเชิดชูเกียรติที่เคยได้รับ

๕.๑ .....

๕.๒ .....

๕.๓ .....

๖. พร้อมกันนี้ได้แนบภาพถ่าย หลักฐานผลงาน และรางวัลที่เคยได้รับ

๖.๑ .....

๖.๒ .....

๖.๓ .....

๗. ขอภาพถ่ายอย่างน้อย ๕ ภาพ ดังนี้

๗.๑ ภาพหน้าตรงชุดปกติขาว หรือ ชุดปกติคอพับ พร้อมสายสะพาย/เหรียญราชอิสริยาภรณ์ (ถ้ามี)

๗.๒ ภาพการได้รับรางวัล

๗.๓ ภาพการปฏิบัติงาน

๗.๔ ภาพการเข้าร่วมกิจกรรมสำคัญ

๗.๕ ภาพครอบครัว/ ภาพบัณฑิต/ สำเร็จการศึกษา

ลงชื่อผู้เสนอ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน .....

หมายเลขโทรศัพท์ .....

(ผู้เสนออาจใช้กระดาษอเนกประสงค์ หรือเขียนข้อความเพิ่มเติมได้)

**กรุณาส่งกลับไป** สำนักงานเลขาธิการ สมาคมแพทย์ทหารแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์  
ห้องประชุมพรสรรร ชั้น ๒ ตึกศิลากรรม-อายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ๓๑๕ ถนนราชวิถี  
เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐ โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๗๕๙๒, ๐-๒๗๖๓-๙๓๐๐ ต่อ ๙๓๗๙๓  
e-mail: info@amsthai.org ภายในวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๗