หนังสือรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเข้าอบรม

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง _____

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาล_____

ขอรับรองว่า นายแพทย์/แพทย์หญิง_____

มีบทบาทเกี่ยวข้องกับงานกิจการนักศึกษา (เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

☐ รองผู้อำนวยการ/ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์แพทย์ฯ ฝ่ายกิจการนักศึกษา

☐ ทีมกิจการนักศึกษา/คณะกรรมการกิจการนักศึกษาของศูนย์แพทย์

☐ อาจารย์ที่ปรึกษา/อาจารย์ที่ปรึกษาสายรหัส/Mentor/Advisor/Coach

☐ ผู้อำนวยการศูนย์แพทย์

☐ รองผู้อำนวยการ/ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์แพทย์ฯ ฝ่าย_____

☐ อาจารย์แพทย์ผู้สนใจ ซึ่งมีความตั้งใจเข้าอบรมเพื่อนำมาจัดกิจกรรมให้กับนักศึกษาในศูนย์แพทย์

มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าอบรม สามารถเข้าร่วมอบรมได้ครบทั้ง 5 ครั้ง ประมาณ 20 วัน (เดือนมกราคมถึงสิงหาคม 2570) มีความตั้งใจนำมาใช้ในการพัฒนางานกิจการนักศึกษาหรือจัดกิจกรรมให้กับนักศึกษาในศูนย์แพทย์ฯ

<u>คุณสมบัติเฉพาะ</u>

1. เป็นอาจารย์แพทย์ที่ปฏิบัติงานในศูนย์แพทย์ฯ หรือโรงพยาบาลที่มีแผนการผลิตนักศึกษาแพทย์ของโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท
2. เป็นอาจารย์แพทย์ที่มีบทบาทข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ในปีการศึกษา 2569 อย่างต่อเนื่อง
   5.1 มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานกิจการนักศึกษา เช่น เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์สายรหัส <u>หรือ</u>
   5.2 มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิชาการ เช่น อาจารย์ที่รับผิดชอบดูแลนักศึกษาขณะขึ้นปฏิบัติงานในรายวิชา หรือผู้บริหารศูนย์แพทย์ (อนุโลมกรณีศึกษาต่อ ให้นับปีการศึกษา 2567)
3. ศูนย์แพทย์ฯ ยินดีสนับสนุนหรือมีโครงการจัดกิจกรรมค่ายนพลักษณ์ให้กับนักศึกษาแพทย์
4. สะดวกเดินทางมาเข้าร่วมอบรมที่บ้านผู้หว่าน อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

ลงชื่อ_____

( )

ผู้อำนวยการศูนย์แพทย์ฯ รพ._____

วันที่_____เดือน_____พ.ศ._____