



ที่ สก ๐๐๓๓.๓๐๑/๖๖๒๒

โรงพยาบาลรัฐประเทศ  
เลขที่ 5487  
วันที่ 10 ต.ค. 65  
เวลา 09.28 4

โรงพยาบาลคลองหาด ๖๒๖ หมู่ ๑  
ตำบลคลองหาด อำเภอคลองหาด  
จังหวัดสระแก้ว ๒๗๒๖๐

๓ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ส่งแบบประเมินการปฏิบัติงานของแพทย์ตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

อ้างถึง หนังสือโรงพยาบาลรัฐประเทศ ที่ สก ๐๐๓๓.๓๐๑/๑๗๑๓ ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบประเมินผลการปฏิบัติงาน จำนวน ๑ ชุด

ตามที่โรงพยาบาลรัฐประเทศ ได้ส่งแพทย์ฝึกปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ ประจำปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ราย คือ นายแพทย์กุลเทพ วิจิตรโท ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ เข้ารับการฝึกปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ ณ โรงพยาบาลคลองหาด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ เป็นเวลา ๒ เดือน นั้น

ในการนี้ นายแพทย์กุลเทพ วิจิตรโท ได้ฝึกปฏิบัติงานตามโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ประจำปี ๒๕๖๕ ครบกำหนดแล้ว โรงพยาบาลคลองหาด จึงขอส่งแบบประเมินผลการปฏิบัติงานดังกล่าว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

ขอแสดงความนับถือ

☒ เพื่อโปรดทราบ

☒ เพื่อโปรดพิจารณา

☒ เห็นควรมอบ... *งานพัฒนา + อวรักษ์แพทย์*

☐ อื่นๆ ..... *10 ต.ค. 65*

*นายแพทย์*

(นายจตุนิษฐ์ อัคระปัญญาพงศ์)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ  
10 ต.ค. 2565

กลุ่มงานบริหารทั่วไป

โรงพยาบาลคลองหาด

โทร ๐-๓๗๔๔-๕๐๙๖, ๙๘-๙๙ ต่อ ๑๐๑

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด

แบบประเมินผลการปฏิบัติงานแพทย์เพิ่มพูนทักษะตามโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ที่ รพ.

ข้อมูลทั่วไป

☐ นพ. ☐ พญ. (ชื่อ).....กุลเทพ..... (สกุล).....วิจิตร โท..... สถาบันที่สำเร็จการศึกษา.....แพทยศาสตรรพ.รามามหิดล.....

ปีที่สำเร็จการศึกษา.....2565.....ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....โรงพยาบาลคลองนา..... จังหวัด.....สระแก้ว.....

กำหนดการปฏิบัติงาน.....2.....เดือน ตั้งแต่ ...1.../...ส.ค...../...65....(วัน/ เดือน/ ปี) ถึง.....30...../.....ก.ย...../...65.... (วัน/ เดือน/ ปี)

กลุ่มงาน ☒ OPD ☒ IPD ☒ ER ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ลาป่วย.....วัน ลากิจ.....วัน ขาดงานโดยไม่มีการลา.....วัน

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานจริงร้อยละ..... ไม่อยู่เวรโดยไม่แจ้ง.....ครั้ง

หัวข้อการประเมิน	ผลการประเมิน					
	ดีมาก	ดี	พอใช้	น้อย	ไม่ผ่าน	ประเมินไม่ได้
<b>พฤติกรรม จิตตคติ คุณธรรม</b>						
- จริยธรรมวิชาชีพ	✓					
- ซื่อสัตย์	✓					
- รับผิดชอบ	✓					
- ตรงเวลา	✓					
- ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ	✓					
- ทักษะในการสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน	✓					
- ดูแลผู้ป่วยด้วยจริยธรรมวิชาชีพ	✓					
<b>ความรู้พื้นฐาน</b>						
- ความรู้พื้นฐานในวิชาชีพแพทย์	✓					
<b>ทักษะทางคลินิก</b>						
- การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย		✓				
- ทักษะการตรวจโรคโดยใช้เครื่องมือพื้นฐาน		✓				
- ทักษะการทำการหัตถการที่จำเป็น		✓				
- การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล/การแปลผล		✓				
- การดูแลรักษา	✓					
<b>การพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง</b>						

- ☐ ระดับ 1 ไม่ผ่าน = ยังไม่สามารถอนุญาตให้ลงมือปฏิบัติได้ (ให้สังเกตการณ์เท่านั้น)
- ☐ ระดับ 2 ไม่ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์อย่างใกล้ชิด
- ☐ ระดับ 3 ไม่ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์
- ☐ ระดับ 4 ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ
- ☐ ระดับ 5 ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง และควบคุมผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

ข้อควรพัฒนา

ลงชื่อ.....ผู้ถูกประเมิน

(นพ./พญ. ....กุลเทพ วิจิตร โท.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าสาขาวิชา/กลุ่มงาน/ภาควิชา

(นพ./พญ. ....อัครเดช ปัญญาพงศ์.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด

แบบคำขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร  
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว  
และหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน  
พ.ศ. ๒๕๕๘

ที่.....โรงพยาบาลคลองหาด  
วันที่ ๑๒ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการหรือหน่วยงาน

ข้าพเจ้า.....นายกุลเทพ วิจิตรโท.....อายุ.....๒๓.....ปี  
ตำแหน่ง.....นายแพทย์.....ระดับ.....ปฏิบัติการ.....อายุราชการ.....๑.....ปี  
มีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....๕๒.....ถนน.....ราษฎร์บูรณะ.....ตำบล/แขวง.....ราษฎร์บูรณะ.....  
อำเภอ/เขต.....ราษฎร์บูรณะ.....จังหวัด.....กรุงเทพมหานคร.....รหัสไปรษณีย์.....๑๐๑๔๐.....  
โทรศัพท์.....๐๙-๘๕๒๔-๑๒๘๔.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....โรงพยาบาลคลองหาด.....  
สังกัด.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.....กรม.....สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....  
โทรศัพท์.....๐-๓๗๔๔-๕๐๙๖,๙๘-๙๙.....มีความประสงค์ขอรับเงินเพิ่มพิเศษ สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์  
และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว  
และหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน เป็นเงินเดือนละ.....๑๐,๐๐๐.....บาท (.....หนึ่งหมื่นบาทถ้วน.....)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า ข้าพเจ้าจะตั้งใจปฏิบัติงานหรือได้ปฏิบัติงานมาแล้วด้วย  
ความเสียสละ ซึ่งพร้อมจะรับการประเมินตลอดเวลาและข้าพเจ้าพร้อมที่จะปฏิบัติงานอื่นเพิ่มเติมจากงานประจำ  
ดังนี้

- (๑).....การดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค.....
- (๒).....การออกหน่วยเคลื่อนที่ หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน.....
- (๓).....การเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรคในพื้นที่.....
- (๔).....การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่  
ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือ  
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแล้ว

/จึงเรียนมา...



จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินเพิ่มพิเศษดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าต่อไป พร้อมกับ  
คำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน

๑. สำเนาทะเบียนบ้าน

๒. หลักฐานการแจ้งเลิกการทำเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน  
(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....

( นายกุลเทพ วิจิตรโท )

นายแพทย์ปฏิบัติการ

ความเห็นของคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการหรือหน่วยงาน

๑. ผลการตรวจสอบคุณสมบัติ

( ✓ ) ครบถ้วน

( ) ไม่ครบถ้วน เพราะ .....

๒. ผลการประเมินความเหมาะสม

( ✓ ) เหมาะสม

( ) ไม่เหมาะสม เพราะ .....

ลงชื่อ.....

( นายจตุนิษฐ์ อัครกะปัญญาพงศ์ )

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด

ประธานคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการหรือหน่วยงาน

วันที่..... 12 ก.พ ๕5 .....

หนังสือสัญญาการรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร  
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  
โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน  
พ.ศ. ๒๕๕๘

เขียนที่.....โรงพยาบาลคลองหาด  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
22 ก.ย. 2555

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้าพเจ้าชื่อ.....นายกุลเทพ.....นามสกุล.....วิจิตรโท  
ตำแหน่ง.....นายแพทย์.....ระดับ.....ปฏิบัติการ.....เงินเดือน.....๑๘,๗๕๐.....บาท  
ปฏิบัติงานที่.....โรงพยาบาลคลองหาด.....สังกัดกอง.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว  
กรม.....สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....เกิดเมื่อวันที่.....๑๑.....เดือน.....พฤศจิกายน.....พ.ศ. ๒๕๔๑  
อยู่บ้านเลขที่.....๕๒.....หมู่ที่.....-.....ตรอก/ซอย.....-.....ถนน.....ราษฎร์บูรณะ.....ตำบล/แขวง.....ราษฎร์บูรณะ  
อำเภอ/เขต.....ราษฎร์บูรณะ.....จังหวัด.....กรุงเทพมหานคร.....รหัสไปรษณีย์.....๑๐๑๔๐.....โทรศัพท์.....๐๙-๘๕๒๔-๑๒๘๔  
ชื่อบิดา.....พล.ร.ต. ต่อศักดิ์.....วิจิตรโท.....ชื่อมารดา.....นางเพ็ญจันทร์.....วิจิตรโท  
ชื่อสามี/ภรรยา.....-.....ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิได้รับเงินเพิ่มพิเศษ  
เป็นเงิน เดือนละ.....๑๐,๐๐๐.....บาท (.....หนึ่งหมื่นบาทถ้วน.....) นับตั้งแต่.....๑ ตุลาคม ๒๕๖๕  
เป็นต้นไป โดยระหว่างเวลาที่ข้าพเจ้าได้รับเงินเพิ่มพิเศษดังกล่าว ข้าพเจ้าซึ่งในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้ให้สัญญา”  
ฝ่ายหนึ่ง ขอให้สัญญาไว้แก่.....สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....ซึ่งในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับสัญญา”  
อีกฝ่ายหนึ่ง ดังมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้ให้สัญญาได้รับทราบและเข้าใจหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษ สำหรับแพทย์  
ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ทำเวช  
ปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้แล้วขณะทำ  
สัญญานี้ ผู้ให้สัญญาขอผูกพันและจะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวทั้งที่มีอยู่แล้ว และจะมีขึ้นในภายหน้าโดย  
เคร่งครัด

ข้อ ๒ ในระหว่างที่สัญญามีผลใช้บังคับอยู่ และผู้ให้สัญญาจะได้รับเงินเพิ่มพิเศษหรือไม่ก็ตาม  
ผู้ให้สัญญาจะไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว และหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนไม่ว่าจะเป็นการตรวจรักษา การ  
รับปรึกษา การแปลผล การตรวจวินิจฉัย การให้บริการทางทันตกรรม การจ่ายยา การผลิตยาหรือการ  
ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขใด ๆ ซึ่งมีความหมายในทำนองเดียวกัน

ข้อ ๓ ผู้ให้สัญญาจะไม่ประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพจนถูกกลงโทษให้พักใช้หรือเพิกถอน  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ตลอดจนระยะเวลาที่ผู้ให้สัญญายังมีข้อผูกพันตาม  
สัญญานี้

ข้อ ๔ ผู้ให้สัญญาจะต้องเป็นผู้ที่ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา ลาฝึกอบรมหรือดูงานหรือการ  
ลาประเภทอื่น ตามความประสงค์ของตน ซึ่งการลาดังกล่าวทำให้เหลือวันปฏิบัติงานด้านนั้นๆน้อยกว่า  
๑๕ วันทำการในเดือนนั้นเว้นแต่การลาอุปสมบท การลาไปประกอบพิธีฮัจย์ หรือการลาคอลดบุตร

กรณีตามวรรคหนึ่งหากมีวันปฏิบัติงานด้านนั้นๆถึง ๑๕ วันทำการ ให้ได้รับเงินเพิ่มพิเศษ  
เต็มจำนวน

/ข้อ ๕...



ข้อ ๕ ถ้าผู้ให้สัญญาไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติฝ่าฝืนสัญญานี้ ผู้ให้สัญญาจะไม่มีสิทธิรับเงินเพิ่มพิเศษในเดือนนั้นทั้งเดือน

กรณีที่ผู้ให้สัญญาถูกพักใช้หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือใบประกอบโรคศิลปะ ให้ถือว่าเป็นอันหมดสิทธิได้รับเงินเพิ่มพิเศษในเดือนที่ถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาต หรือเพิกถอนใบอนุญาตแล้วแต่กรณี

ข้อ ๖ ผู้ให้สัญญาจะบอกเลิกสัญญาโดยไม่ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้รับสัญญามีได้ การแจ้งของดรับเงินเพิ่มพิเศษเป็นครั้งคราวในระหว่างสัญญามีผลบังคับใช้อยู่จะกระทำมิได้

การบอกเลิกสัญญาตามวรรคหนึ่ง ผู้ให้สัญญาจะต้องแจ้งให้ผู้รับสัญญาทราบโดยยื่นหนังสือผ่านคณะกรรมการพิจารณาการเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน ก่อนถึงวันเลิกรับเงินเพิ่มพิเศษ


ข้อ ๗ ถ้าผู้ให้สัญญาซึ่งรับเงินเพิ่มพิเศษแล้ว ปรากฏว่าเป็นผู้ประพฤติผิดสัญญาในข้อหนึ่งข้อใดในสัญญานี้ ผู้ให้สัญญาจะต้องคืนเงินเพิ่มพิเศษให้แก่ผู้รับสัญญาตามที่ได้รับจากทางราชการ รวมทั้งต้องจ่ายเงินเป็นเบี้ยปรับให้แก่ผู้รับสัญญาอีกสองเท่าของเงินที่ผู้ให้สัญญาจะต้องชดใช้คืน บวกกับดอกเบี้ยร้อยละ ๑๕ ต่อปี ของเงินที่ได้รับทั้งหมดนับแต่วันที่ผิดสัญญา


เพื่อประโยชน์ในการคำนวณค่าปรับตามวรรคหนึ่ง เมื่อผู้ให้สัญญามีสิทธิได้รับเงินเพิ่มพิเศษตามสัญญาแล้ว แต่ไม่รับเงินนั้นด้วยเหตุใด ๆ ให้ถือว่าผู้ให้สัญญาได้รับเงินเพิ่มพิเศษนั้นแล้วตั้งแต่วันที่มิสิทธิ


ข้อ ๘ ผู้ให้สัญญาจะต้องนำเงินไปชำระแก่ผู้รับสัญญา ณ ที่ทำการของผู้รับสัญญาภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้ทราบถึงยอดเงินที่ต้องชำระ และผู้ให้สัญญายอมให้ผู้รับสัญญารับหรือหักเอาเงินบำเหน็จบำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ผู้ให้สัญญามีสิทธิได้รับจากทางราชการ เพื่อเอาชดใช้เงินที่ผู้ให้สัญญาต้องรับผิดชอบตามสัญญานี้และยอมให้บังคับเอาจากทรัพย์สินอื่น ๆ ของผู้ให้สัญญาได้อีก หากผู้ให้สัญญาไม่ชำระภายในกำหนด หรือชำระให้แต่ไม่ครบ ทั้งนี้จะโดยความยินยอมของผู้ให้สัญญาหรือไม่ก็ตาม และ ผู้ให้สัญญายอมให้คิดดอกเบี้ยร้อยละ ๑๕ ต่อปี ของเงินที่ยังไม่ได้ชำระอีกด้วย

ข้อ ๙ ผู้รับสัญญาสงวนไว้ซึ่งสิทธิที่จะจ่ายหรือดจ่ายเงินเพิ่มพิเศษตามสัญญานี้ได้ โดยไม่ต้องเลิกสัญญานี้ เมื่อผู้ให้สัญญาประพฤติหรือปฏิบัติผิดสัญญานี้

ข้อ ๑๐ ผู้ให้สัญญายอมให้ผู้รับสัญญาฟ้องร้องบังคับชำระหนี้ได้ทันที โดยมีต้องบอกกล่าวก่อน หนังสือสัญญานี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความตรงกัน ผู้ให้สัญญาและผู้รับสัญญาถือคนละหนึ่งฉบับ ผู้ให้สัญญาได้อ่านและเข้าใจข้อความในสัญญานี้โดยตลอดเห็นว่าถูกต้องตรงตามความประสงค์ทุกประการแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..........ผู้ให้สัญญา  
( นายกุลเทพ วิจิตรโท )  
นายแพทย์ปฏิบัติการ

ลงชื่อ..........ผู้รับสัญญา  
( นายไพรัชต์วิรัต วิริยะภักคพงศ์ )  
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)  
รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ลงชื่อ..........พยาน  
( นางสาวสุนันทา เจริญสุข )  
นักวิชาการเงินและบัญชี

ลงชื่อ..........พยาน  
( นายมนตรี โอวาทสุวรรณ )

คำยินยอมในกรณีผู้ให้สัญญาเป็นผู้มีคู่สมรส

ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....  
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
ซึ่งเป็นสามี/ภรรยาของผู้ให้สัญญายอมผูกพันตนตามสัญญานี้และยินยอมในการที่ภรรยา/สามีของข้าพเจ้า  
ทำสัญญานี้

จึงลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

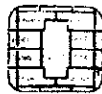
ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)





บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 1 1037 02701 01 7  
Identification Number

ชื่อและนามสกุล นาย กุลเทพ วิจิตรโท



Name Mr. Kunlethap

Last name Vilitto

เกิดวันที่ 11 พ.ย. 2541

Date of Birth 11 Nov. 1998



ที่ 52 อ.ราชบุรีบุรีรัมย์ แขวงราชบุรีบุรีรัมย์  
เขตราชบุรีบุรีรัมย์ กรุงเทพมหานคร

23 พ.ย. 2558

วันออกบัตร

23 Feb. 2016

Date of Issue



(ผู้ถือบัตร) (บัตรประชาชน)  
เจ้าพนักงานปกครอง

30 พ.ย. 2567

วันบัตรหมดอายุ

30 Nov. 2024

Date of Expiry

1037-02-02701011

BORA-8.3-07



ประเทศไทย  
THAILAND

JT2-09/78426-50

รับเอกสาร

จน

รับเอกสาร

จน

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 1024-042473-5 สำนักทะเบียน กองดินเขตราชบุรีบุรี

รายการที่อยู่ 52 ถนนราชบุรีบุรี

แขวงราชบุรีบุรี เขตราชบุรีบุรี กรุงเทพมหานคร

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 24 พฤษภาคม 2533

ลงชื่อ

นายทะเบียน

(น.ส.ศิริพุดธกมล กราบพรมราช)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 29 สิงหาคม 2552

ว่านายทะเบียน

ลง

เล่มที่ 1

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน

1024-042473-5

ลำดับที่ 4

ชื่อ น.ส.กุลเทพ วิจิตรโก

สัญชาติ ไทย

เพศ ชาย

อายุ

เลขประจำตัวประชาชน 1-1037-02701-01-7 สถานภาพ โสด

เกิดเมื่อ 11 พ.ย. 2541

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ เพ็ญจันทร์

สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ค้อศักดิ์

สัญชาติ ไทย

\* มาจากฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร

นายทะเบียน

เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 27 พ.ย. 2541

(น.ส.ศิริพุดธกมล กราบพรมราช)

\*\* ไปที่

นายทะเบียน

ว่านายทะเบียน

ลง



# แพทยสภา

## The Medical Council of Thailand

ที่ พส.๐๑๓/พิเศษ

๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอแจ้งเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เรียน นพ. กุลเทพ วิจิตรโท

ตามที่ท่านได้ส่งคำขอสมัครสมาชิกแพทยสภาและคำขอขึ้นทะเบียน เพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้กับแพทยสภา แล้วนั้น

ขอแจ้งว่า ท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา ๑๑ (๑) (๒) (๓) (๔) (๕) และมาตรา ๓๐ แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ ครบถ้วน และ เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของท่านคือ เลขที่ ๖๙๓๗๘ ออกให้ ณ วันที่ ๑๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

พลอากาศตรี

(นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ)

เลขาธิการแพทยสภา

ว่านฤกษ์  
ณ



ฝ่ายทะเบียน : ชั้น 12 อาคารมหิตลาธิเบศร ซอยสาทรอนุสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ (Telephone) : 02-590-1884 , 092-493-6242 , 065-449-6795 E-mail: rg@tmc.or.th

Registration Department : 12th Floor, Mahitalathibet Building, 88/19 Soi 8, The Ministry of Public Health, Tiwanond Rd., Muang, Nonthaburi 11000, Thailand.