

รายการที่ต้องเตรียม/ดำเนินการ (สำหรับแพทย์ประจำบ้านที่มีต้นสังกัด) ดังนี้

๑. รูปถ่ายสี (หน้าตรง) ขนาด ๑ นิ้ว เครื่องแบบราชการ หรือ ชุดสุภาพ (ไม่สวมชุดครุย)
๒. เอกสารสำคัญที่ต้องเตรียมพร้อมทั้งเซ็นสำเนาถูกต้องทุกแผ่น ดังนี้
 - ๒.๑ สำเนาบัตรประชาชน (smart card)
 - ๒.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน
 - ๒.๓ สำเนาวุฒิการศึกษา หรือหนังสือรับรองผลการศึกษา
 - ๒.๔ สำเนาใบประกาศปริญญาบัตรจากสถาบัน
 - ๒.๕ สำเนาใบประกอบวิชาชีพ
 - ๒.๖ สำเนาทะเบียนรถยนต์ (กรณีขอบัตรผ่านเข้า-ออกช่องทางกองทัพอากาศ) จำนวน ๑ ชุด
 - ๒.๗ สำเนาเลขที่บัญชีธนาคารทหารไทย ประเภทออมทรัพย์ สาขาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เท่านั้น
 - ๒.๘ สำเนาทะเบียนบ้านบิดา – มารดา (ถ้าเสียชีวิตให้สำเนาใบมรณะบัตรมาด้วย)
๓. กรณารอกข้อมูลรายละเอียดในแบบฟอร์มตาม file ที่แนบ ดังนี้
 - ๓.๑ บันทึกรประวัติย่อ (ทอ.ขว.๐๔๕)
 - ๓.๒ ประวัติแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา ๒๕๖๖
 - ๓.๓ แบบรายงานขอบัตรยานพาหนะหมายเลข ๓ (เฉพาะผู้ที่มีรถยนต์และต้องการทำบัตรผ่าน เข้า-ออกช่องทางกองทัพอากาศ)
 - ๓.๔ ประวัติสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์
 - ๓.๕ แบบฟอร์มเอกสารประกอบการลงทะเบียนผู้ป่วย รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. (OPD card)
๔. เปิดบัญชีธนาคารทหารไทย ประเภทออมทรัพย์ สาขาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เท่านั้น โดยขอให้ดำเนินการก่อนวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๖
 ๕. สำหรับผู้ที่แจ้งความจำนงค์ต้องการที่พักอาศัยในหอพักแพทย์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. สามารถจองได้ในวันที่ ๗ มิ.ย.๖๖ พร้อมชำระเงิน ซึ่งจะเริ่มเข้าพักอาศัยได้เดือนสิงหาคมเป็นต้นไป หากมีการเปลี่ยนแปลงจะแจ้งให้ทราบ โดยให้แพทย์ประจำบ้านศึกษารายละเอียดในเอกสารชี้แจงหอพักแพทย์

หมายเหตุ

* หากมีข้อสงสัย/สอบถาม ติดต่อประสานโดยตรงที่

นาวาอากาศโทหญิง ปิยะฉัตร วิเศษศิริ โทร.๐๒ ๕๓๔ ๗๔๖๕ (เฉพาะในเวลาราชการ)

คุณเพ็ญณัฐสุรางค์ มีชูสาร โทร.๐๒ ๕๓๔ ๗๔๖๓ Line Id : ๒๘๐๙๒๕๕๑ ,Email : bonvoye@gmail.com

.....
(ชั้นความลับ)
บันทึกประวัติย่อ

๑. ชื่อและนามสกุล.....
ชื่อเดิมและนามสกุลเดิม.....
ชื่อเล่น, ชื่ออื่น ๆ (ถ้ามี).....
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
๓. เกิดที่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
ถนน.....ตรอก/ซอย.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
๔. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
๕. ที่อยู่ปัจจุบันเป็น บ้านส่วนตัว / บ้านเช่า.....
ชื่อเจ้าของบ้าน.....
อาชีพเจ้าของบ้าน.....
สถานที่ทำงานเจ้าของบ้าน.....

ชื่อชาติ สัญชาติ ศาสนา น้ำหนัก.....กก. สูง.....ซม. ผิวเนื้อ..... รูปใบหน้า..... ผมสี..... ตาสี..... คำหนิแผลเป็นที่เห็นเด่นชัด บุคลิกลักษณะที่เห็นเด่นชัด	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ตีตรูปถ่าย </div>
--	--

๖. บัตรประจำตัวประชาชนหมายเลข.....ออก ณ อำเภอ.....
จังหวัด.....บัตรหมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
๗. ระยะเวลา ๑๕ ปี ที่ผ่านมา พ.ศ.ใด ที่ท่านเคยอาศัย ณ ตำบล, อำเภอ, จังหวัดอะไรตามรายการข้างล่าง

ระยะเวลา		บ้านเลขที่, ถนน, ตำบล, อำเภอ	จังหวัด	ประเทศ
จาก พ.ศ.	ถึง พ.ศ.			

๘. ประวัติการศึกษา (เคยเรียนหนังสือสำเร็จชั้นใด หรือหลักสูตรใดบ้าง แจ้งตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		ชื่อและที่ตั้งของโรงเรียน	ผลการศึกษา		
จาก พ.ศ.	ถึง พ.ศ.		ระดับ	สำเร็จ	ไม่สำเร็จ

(ชั้นความลับ)

๙. ประวัติอาชีพ (ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ประกอบอาชีพอะไรบ้าง แจ้งตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		ชื่อและที่ตั้งของสถานที่ทำงาน	ชื่อนายจ้าง	เหตุที่ออก
จาก พ.ศ.	ถึง พ.ศ.			

๑๐. ชื่อบุคคลที่รู้จักใกล้ชิด (ไม่ใช่ญาติพี่น้อง) เช่น นายจ้าง, เพื่อนบ้าน, เพื่อนสนิท จำนวน ๕ คน

ชื่อ - นามสกุล	อาชีพ	บ้านเลขที่, ถนน, ตำบล, อำเภอ, จังหวัด	จำนวนปีที่รู้จัก

๑๑. ประวัติครอบครัว บิดา, มารดา, สามี, ภรรยา พี่น้องร่วมสายโลหิตทั้งหมด

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	อาชีพ	ที่อยู่อาศัย
บิดา				
มารดา				
ภรรยา, สามี				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				

๑๒. หมายเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และได้ลงลายมือชื่อของข้าพเจ้าไว้เป็นสำคัญ วัน, เดือน, ปี ที่แจ้ง.....

(ลงชื่อ).....

เจ้าของประวัติ

เจ้าหน้าที่บันทึก

...../...../.....

(ชั้นความลับ)

ประวัติแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา ๒๕๖๖

ชื่อ-สกุลชื่อเล่น.....
ชื่อภาษาอังกฤษ (ตัวบรรจง).....
เกิดวันเดือนปี.....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประชาชน.....เลขที่บัตรข้าราชการ.....
ที่อยู่ทะเบียนบ้าน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
โทร.บ้าน..... โทรมือถือ.....
E-mail.....Line id
ชื่อบิดา..... โทร.....
ชื่อมารดา..... โทร.....
อบรมสาขา.....
สำเร็จการศึกษาสถาบัน..... ปี..... เกรดเฉลี่ย.....
ใช้ทุนที่..... สังกัด..... ใบ ว.
เลขที่บัญชี ธ.ทหารไทย สาขา รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน

๑.ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น โทร.....
๒.ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น โทร.....

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอบัตรยานพาหนะ

เรียน ผบ.ตม.(ผ่าน ทก.กรปรก.สน.ผบ.ตม.)

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
สถานที่ติดต่อ.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ใบอนุญาตขับรถยนต์จักรยาน เลขที่.....ออกโดย.....บัตรหมดอายุ.....

มีความประสงค์ขอมีบัตรยานพาหนะผ่านเข้า-ออก ตามเส้นทางที่กำหนดไว้โดยมียานพาหนะดังนี้

รถยนต์นั่งส่วนบุคคล รถจักรยานยนต์ ยี่ห้อ.....สี.....หมายเลขทะเบียน.....

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

.....ผู้ขอ

เรียน ทก.กรปรก สน.ผบ.ตม.

เรียน ผบ.ตม.

เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

อนุมัติ

น.ท.

น.อ.

พล.อ.ต.

หน.ผทพท.กรปรก.สน.ผบ.ตม.

ทก.กรปรก.สน.ผบ.ตม.

ผบ.ตม.

สัญญาค่าประกัน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ยศ.ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

สถานที่ติดต่อ.....โทร.....

ยศ.ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

สถานที่ติดต่อ.....โทร.....

ข้าพเจ้าทั้งสองขอรับรองว่าตามนี้.....

ขอนำรถหมายเลขทะเบียน..... ผ่านเข้า-ออกเขต ทอ.

ประจำปี.....และหากมีความเสียหายเกิดขึ้นกับ ทอ.

อันเนื่องมาจากการฝ่าเข้า-ออกของยานพาหนะดังกล่าวไม่ว่ากรณี

ใดๆข้าพเจ้าทั้งสองยินยอมชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดหรือบางส่วนที่ยัง

ค้างชำระให้กับทางราชการแทนภายในกำหนด ๓๐ วัน นับแต่ได้รับ

แจ้งให้ทราบ หากผิดสัญญา ข้าพเจ้าทั้งสองยินยอมให้หน่วยต้น

สังกัดหักเงินเดือนของข้าพเจ้าทั้งสองชดใช้ให้แก่ทางราชการเป็น

รายเดือนจนกว่าจะครบจำนวนที่ต้องชดใช้ ข้าพเจ้าทั้งสองได้แนบ

สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการมาแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

คำยินยอม

๑.ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตาม พ.ร.บ.จราจรทางบก,ระเบียบกองทัพอากาศ ว่าด้วยการจราจรทางบกและระเบียบกองทัพอากาศว่าด้วยการผ่านเข้า-ออกทุกประการ

๒.ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สห.ทอ.ที่เกี่ยวข้องหรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย และเจ้าหน้าที่ออกบัตรโดยเคร่งครัด

๓.หากข้าพเจ้าทำให้ทรัพย์สิน ของทางราชการ กองทัพอากาศเกิดความเสียหาย ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้ค่าเสียหายให้กับกองทัพอากาศทันที

๔.ข้าพเจ้าจะใช้บัตรกับยานพาหนะที่มีหมายเลขทะเบียนยานพาหนะที่ระบุไว้ในบัตรและใช้ยานพาหนะผ่านช่องทาง ทอ.๑,๒,๖,๗,๑๐ และ ทอ.๑๑ เท่านั้น

๕.หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำยินยอมข้อหนึ่งข้อใด ข้าพเจ้ายินยอมให้ยึดบัตรยานพาหนะคืนและดำเนินการตามกฎหมายทันที และข้าพเจ้า จะไม่เรียกร้องสิทธิใดๆ ทั้งสิ้น

.....ผู้ให้ความยินยอม

หลักฐานประกอบการขอบัตร

() สำเนาบัตรประจำตัว () สำเนาหนังสือสัญญาเช่าซื้อรถ

() สำเนาใบอนุญาตขับรถ () สำเนาทะเบียนบ้าน,ทะเบียนสมรส

() สำเนาทะเบียนรถยนต์ () สำเนาบัตรประจำตัวผู้ค้ำประกัน ๒คน

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

ตำแหน่ง.....

เอกสารประกอบการลงทะเบียนผู้ป่วย รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		สิทธิการรักษา <input type="radio"/> บัตรจ่ายตรง <input type="radio"/> ประกันสุขภาพ <input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> บริษัทผู้สัญญา <input type="radio"/> ต้นสังกัด <input type="radio"/> เงินสด <input type="radio"/> อื่นๆ
เลขที่ใบทางตัว / Passport		
คำนำหน้าชื่อ <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว <input type="radio"/> ด.ช. <input type="radio"/> ด.ญ. <input type="radio"/> อื่นๆ		
(ภาษาไทย) ชื่อ	สกุล	
(ภาษาอังกฤษ)		
First name Middle name Last name		
เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง	วัน เดือน ปี เกิด / /	อายุ ปี
เชื้อชาติ		ศาสนา
สถานภาพสมรส <input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> สมรส <input type="radio"/> หย่า <input type="radio"/> หม้าย		อาชีพ สังกัด
ชื่อ/สกุลบิดาผู้ป่วย		
ชื่อ/สกุลมารดาผู้ป่วย		
ชื่อ/สกุล <input type="radio"/> สามีผู้ป่วย <input type="radio"/> ภรรยาผู้ป่วย		
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้		โทรศัพท์
บ้านเลขที่ หมู่ ซอย		บ้าน
ถนน		มือถือ
ตำบล/แขวง		
อำเภอ/เขต		จังหวัด
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน		
บ้านเลขที่ หมู่ ซอย		ถนน
ตำบล/แขวง		อำเภอ/เขต
จังหวัด		
ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน หมายถึงญาติหรือผู้ที่สามารถติดต่อในการฉุกเฉิน		
ชื่อ/สกุล		เบอร์โทรศัพท์
บ้านเลขที่ หมู่ ซอย		โทรศัพท์
ถนน		บ้าน
ตำบล/แขวง		มือถือ
อำเภอ/เขต		จังหวัด
ประวัติการแพ้ (เช่น ไข่ อาหาร สารเคมี เป็นต้น) <input type="radio"/> มี (ระบุ)	โรคประจำตัว	หมู่เลือด
<input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลทางทะเบียนโรคฯ ทางกฎหมาย รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปและข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อการมีวารสารทะเบียนและการตรวจรักษาของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หากมีข้อมูลใดๆ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ตรงกับความจริง และอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ณ ชื่อ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้นำส่ง

(.....) วันที่ / /