

ประกาศเรื่องการ ELECTIVE ในช่วงปิดภาคการศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. นักศึกษาแพทย์ติดต่อสถานที่ที่ต้องการไปด้วยตนเอง
2. ขอแบบฟอร์ม ELECTIVE ในช่วงปิดภาคการศึกษา ได้ที่งานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่า ชั้น 7 อาคารแพทยศาสตร์ หรือ Download ในเว็บไซต์
<http://www.medaf.psu.ac.th/index.php/service/form>
3. กรุณาส่งแบบฟอร์มมายังงานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่า ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน ก่อนการไป ELECTIVE โดยยื่นแบบฟอร์มที่งานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่า ชั้น 7 งานกิจการนักศึกษาฯ หรือ ส่งทาง Email pajaree.n@psu.ac.th (กรณีไปฝึกปฏิบัติงานฯ เป็นกลุ่มให้ส่งแบบฟอร์มในคราวเดียวกันทั้งหมด)
4. กรณีไปฝึกปฏิบัติงานฯต่างโรงพยาบาล (ไม่ใช่รพ.สงลานครินทร์) ให้นักศึกษาระบุเรื่องที่พัก และระบุที่อยู่ในการจัดส่งหนังสือโดยละเอียด
5. รอกการอนุญาตจากผู้ช่วยคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา (เมื่อได้รับการอนุญาตงานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่า จะดำเนินการส่งหนังสือไปยังสถานที่ที่นักศึกษาขอไปฝึกปฏิบัติงานโดยส่งเป็นจดหมายด้วยระบบไปรษณีย์ไทย มีระยะเวลาในการส่ง 5-7 วันทำการ)
6. กรณียื่นแบบฟอร์มไว้แล้วต้องการเปลี่ยนแปลงหรือขอยกเลิก ให้นักศึกษาแจ้งสาขาวิชาหรือโรงพยาบาล และทำเรื่องขอยกเลิกมายังงานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่า
7. ก่อนเข้าฝึกปฏิบัติงานให้นักศึกษาแพทย์ดำเนินการยืนยันการเข้าฝึกปฏิบัติกับสาขาวิชา/โรงพยาบาลฯที่ไปด้วยตนเอง (กรณีโรงพยาบาลกำหนดการฉีดวัคซีน หรือตรวจ ATK ให้นักศึกษาดำเนินการด้วยตนเองก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ)
8. หลังการเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติงานให้นักศึกษาทำแบบประเมินตนเองและส่งให้งานกิจการนักศึกษาฯ ภายใน 1 สัปดาห์ โดยจะส่งแบบประเมินผ่าน Email รหัส
นักศึกษา@psu.ac.th

งานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่า
นางสาวปาจรีย์ เนียมสวัสดิ์
ผู้ประสานงาน



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่า คณะแพทยศาสตร์ โทรศัพท์ ๑๕๕๕ - ๖

ที่ มอ ๑๐๔.๑๙๓๕๑๗๓/

วันที่

เรื่อง ขอฝึกประสบการณ์วิชาชีพเพิ่มเติมระหว่างปิดภาคการศึกษา

เรียน ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา

ด้วยกระผม/ดิฉันนาย/นางสาว.....

รหัสประจำตัว.....เป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่.....เบอร์โทรศัพท์ที่

สามารถติดต่อนักศึกษาได้.....e-mail.....

นักศึกษามีความประสงค์ขอฝึกประสบการณ์วิชาชีพเพิ่มเติมระหว่างปิดภาคการศึกษา(กรุณาระบุสถานที่โดย

ละเอียดหากไปรพ.ภายนอกขอที่อยู่ของรพ.พร้อมรหัสไปรษณีย์ด้วยคะ)

สาขาวิชา.....โรงพยาบาล.....

ที่อยู่ รพ

ห้องพัก ต้องการ ไม่ต้องการ กรุณาระบุวันเข้า-ออกห้องพัก.....

เข้าฝึกระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....

กิจกรรมที่คาดหวังว่าจะได้เรียนรู้

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....

(ชื่อ-สกุล นักศึกษาแพทย์.....)

หมายเหตุ : กรุณาตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง และระบุที่พักว่าต้องการที่พักหรือไม่

การพิจารณาของงานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่า

เห็นชอบ ไม่เห็นชอบเนื่องจาก.....

เรียน หัวหน้าสาขาวิชา.....

งานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่าใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษาแพทย์ขอฝึกปฏิบัติการณวิชาชีพแพทย์เพิ่มเติม เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้ประสบการณ์ด้านวิชาชีพแพทย์ และไปประยุกต์ใช้ในการประกอบวิชาชีพแพทย์ในอนาคต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและกรุณาแจ้งผลการพิจารณาให้งานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่าทราบด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง