

ประวัติการศึกษา และการฝึกอบรม

วุฒิการศึกษา	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา
1. ระดับปริญญา	มหาวิทยาลัย	พ.ศ.
1.1 พ.บ.ท.บ. หรือเทียบเท่า		
1.2 อื่นๆ โปรดระบุ		
1.2.1		
1.2.2		
1.2.3		

2. ระดับผู้เชี่ยวชาญ วุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติ	สถาบันฝึกอบรม ที่แพทยสภา / ทันตแพทยสภา รับรอง	ปีที่ออกหนังสือ รับรอง
2.1		
2.2		
2.3		

การฝึกอบรมอื่น ๆ	สถาบันฝึกอบรม	ปีที่ฝึกอบรม
3. ระดับ Fellow / ต่อยอด		
3.1		
3.2		

ประวัติการทำงานและความสามารถพิเศษ

1. การทำงานก่อนการฝึกอบรมเป็นแพทย์ / ทันตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ		
ตำแหน่ง	สถานที่	ช่วงเวลา
1.1 แพทย์เพิ่มพูนทักษะ		
1.2 แพทย์ / ทันตแพทย์ใช้ทุน		

2. การทำงานหลังจบการฝึกอบรมเป็นแพทย์ / ทันตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ		
ตำแหน่ง	สถานที่	ช่วงเวลา
2.1		
2.2		
2.3		
2.4		

3. ความสามารถพิเศษ		
3.1		
3.2		

แพทย์ผู้ยินดีให้ข้อมูลเกี่ยวกับท่าน (อย่างน้อย 3 ท่าน)

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	โทรศัพท์
1.		
2.		
3.		

คุณลักษณะทั่วไป

1. ท่านมีวาจาสุภาพ มีความอดกลั้น และสามารถควบคุมอารมณ์ในการปฏิบัติงานได้ดี
2. ท่านไม่มีโรคประจำตัวอันอาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรม
3. ท่านยินดีร่วมทีมทำงานกับสหสาขาวิชาชีพอย่างเต็มความสามารถ
4. ท่านยินดีปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่องค์กรแพทย์ของโรงพยาบาลวิชัยยุทธได้บัญญัติไว้
5. ท่านยินดีรักษาความลับ ข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลผ่าน information-sharing platform
6. ท่านยินดีปฏิบัติตามปรัชญาของโรงพยาบาลวิชัยยุทธคือ "การแพทย์เพื่อคุณภาพและคุณธรรม"

ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลและองค์กรแพทย์เก็บสำเนาบัตรประชาชน เลขที่บัตรประชาชน เลขที่บัญชีธนาคาร เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม รวมถึงภาพถ่ายเพื่อเป็นหลักฐาน หรือเพื่อการตรวจสอบ
2. โรงพยาบาลและองค์กรแพทย์นำส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานภายนอกอื่น ๆ ตามที่กฎหมายกำหนด เช่น ยอดรายได้ นำส่งกรมสรรพากร หรือแจ้งเลขที่บัญชีให้ธนาคาร หรือส่งข้อมูลหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องไปยังแพทยสภา หรือหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ส.พ. 6) ไปยังกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น
3. องค์กรแพทย์มีหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติของท่าน ผ่านทางสถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงการตรวจสอบหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องและการร้องเรียนด้านจริยธรรม
4. โรงพยาบาลและองค์กรแพทย์ จะแสดงข้อมูลพื้นฐานของท่านเท่าที่จำเป็นในประกาศของโรงพยาบาล ทำเนียบแพทย์ website social media หรือวารสาร สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อการประชาสัมพันธ์แพทย์ / ทันตแพทย์ของโรงพยาบาล
5. ข้อมูลตามข้อ 1-3 อันจะสามารถบ่งชี้ความเป็นบุคคลของท่าน โรงพยาบาลจะจัดเก็บต่อไปอีก เป็นเวลา 10 ปี ก่อนจะทำลายหลังจากวันที่ท่านสิ้นสุดการเป็นแพทย์ของโรงพยาบาลวิชัยยุทธ
6. เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ทางโรงพยาบาลได้ประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัว ซึ่งท่านสามารถศึกษาได้จากเว็บไซต์ของโรงพยาบาล (www.vichaiyut.com) และเมื่อเริ่มปฏิบัติงานแล้ว ขอให้ท่านลงนามในหนังสือสัญญาให้เก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ (non-disclosure agreement) ด้วย

ข้าพเจ้ารับทราบ ยินยอมและรับรองว่าข้อมูลที่ให้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ _____ แพทย์ / ทันตแพทย์ผู้สมัคร
(_____)
วันที่ _____

เอกสารประกอบการสมัคร

1. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
2. สำเนาปริญญาบัตรและวุฒิปับตร หรือหนังสืออนุมัติทั้งในและต่างประเทศ
3. หลักฐานการอบรม BLS/ ACLS
4. สำเนาบัตรประชาชน
5. รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว 1 รูป

หน่วยธุรการองค์กรแพทย์ ชั้น 18 อาคารวิชัยยุทธเหนือ

53 ถนนเศรษฐศิริ แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0-2618-6200, 0-2265-7777 ต่อ 31882-83 Fax : 0-2265-7581
E-mail : office@vichaiyut.com

หนังสือสัญญาให้เก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ โรงพยาบาลวิชัยยุทธและโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์วิชัยยุทธ เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ระหว่าง บริษัท วิชัยยุทธ จำกัด โดย นายแพทย์ไพบูลย์ จิตติวาณิชย์ ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร ในนาม โรงพยาบาลวิชัยยุทธและโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์วิชัยยุทธ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคล อยู่ที่ 53 ถนนเศรษฐศิริ แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร ต่อไปนี้จะเรียกว่า **"ผู้ให้ข้อมูล"** ฝ่ายหนึ่ง กับ

..... อยู่ที่..... ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า **"ผู้รับข้อมูล"** อีกฝ่ายหนึ่ง โดย **"เจ้าของข้อมูล"** คือ ผู้รับบริการที่โรงพยาบาลวิชัยยุทธและโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์วิชัยยุทธ เจ้าของข้อมูลยินยอมให้ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า **"ข้อมูล"** เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและอื่น ๆ ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ดูแลข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูล มีความประสงค์ที่จะเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่ผู้รับข้อมูล

โดยที่ผู้รับข้อมูลมีความต้องการที่จะใช้ข้อมูลของเจ้าของข้อมูล ที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาพยาบาล สืบสวนสิทธิในการรักษาพยาบาล การยืนยันตัวตน งานพัฒนาคุณภาพ การเรียนการสอน และการทำวิจัย ทั้งสองฝ่ายจึงตกลงทำสัญญานี้ขึ้น โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ในสัญญาฉบับนี้ **"ข้อมูล"** หมายถึง ข้อมูลส่วนบุคคล สิ่งสื่อความหมายให้รู้ข้อความเรื่องราว ข้อเท็จจริง หรือสิ่งใด ไม่ว่าสื่อความหมายนั้นจะผ่านวิธีการใดๆ และไม่ว่าจะจัดทำไว้ในรูปใดๆ
2. ข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูล หรือในนามของผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยแก่ผู้รับข้อมูลให้ใช้เพื่อการรักษาพยาบาล สืบสวนสิทธิในการรักษาพยาบาล การยืนยันตัวตน งานพัฒนาคุณภาพ การเรียนการสอน และการทำวิจัย เท่านั้น ห้ามมิให้ (1) ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในเชิงพาณิชย์ หรือ การโฆษณา (2) ใช้หรือพยายามที่จะใช้ข้อมูลหรือสิ่งที่ได้มาจากข้อมูลเพื่อการอื่นใดโดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลและเจ้าของข้อมูล
3. ผู้รับข้อมูลจะต้องปกปิดไว้เป็นความลับซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่ได้มีการเปิดเผยภายใต้สัญญานี้ เว้นแต่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้ในข้อ 2 เท่านั้นข้างต้น
4. ข้อมูลที่ต้องปกปิดไว้เป็นความลับ ไม่รวมถึงข้อมูลดังต่อไปนี้
 - 4.1 ข้อมูลนั้นเป็นที่รู้กันทั่วไปอยู่แล้วในขณะทำสัญญานี้
 - 4.2 ข้อมูลที่ผู้รับข้อมูลแสดงได้ว่าตนมีอยู่แล้วก่อนทำสัญญานี้
 - 4.3 ข้อมูลที่ผู้รับข้อมูลแสดงได้ว่าได้รับจากบุคคลภายนอกซึ่งเป็นบุคคลที่มีสิทธิให้ข้อมูล และไม่มีหน้าที่ต้องปกปิดข้อมูลตามสัญญานี้

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน คู่สัญญาได้อ่านและเข้าใจข้อความในสัญญานี้แล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาของตน จึงได้ลงนามและประทับตรา (ถ้ามี) ไว้ต่อหน้าพยานและยึดถือไว้ฝ่ายละฉบับ

ลงชื่อ
(นายแพทย์ไพบูลย์ จิตติวาณิชย์)
ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร

ลงชื่อ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(นายแพทย์ระพีพล กฤษุช ณ อยุธยา)
กรรมการและเลขานุการองค์การแพทย์

ลงชื่อ พยาน
(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี
บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ..... เลขที่ประจำตัวบุคคลผู้เสียภาษี.....

ขอทำสัญญากับโรงพยาบาลวิชัยยุทธและศูนย์การแพทย์วิชัยยุทธ ตั้งอยู่ถนนเศรษฐศิริ พญาไท กรุงเทพมหานคร ว่า
ข้าพเจ้าเป็นแพทย์/ทันตแพทย์ ที่มีใบประกอบโรคศิลป์ตามสำเนาใบประกอบโรคศิลป์ที่ได้แนบมาพร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าจะ
ประกอบวิชาชีพอิสระในสาขาวิชา.....

โดยจะตรวจรักษาผู้ป่วยของข้าพเจ้าที่เป็นผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ตามหน้าที่และความรับผิดชอบภายใต้
ได้ขอขอบเขตการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลได้อนุญาตไว้ ข้าพเจ้าขอเช่าห้องตรวจโรคเป็นคลินิกของข้าพเจ้าตามวันเวลาที่
ข้าพเจ้ากำหนด โดยข้าพเจ้ารับผิดชอบในผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเป็นผู้คิดค่าบริการตรวจ
รักษาผู้ป่วยแต่ละรายของข้าพเจ้าเอง ทั้งนี้จะอยู่ในขอบเขตค่ารักษาพยาบาลที่แพทย์สภา/ทันตแพทย์สมาคม หรือราช
วิทยาลัยวิชาชีพสาขาที่ข้าพเจ้าปฏิบัติงานได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน และโรงพยาบาลยอมรับมาตรฐานนั้น ๆ

เพื่อความสะดวกในทางปฏิบัติ ข้าพเจ้าได้ขอให้เจ้าหน้าที่การเงินของโรงพยาบาลเป็นผู้ช่วยเก็บค่าตรวจรักษา
แทนข้าพเจ้าและมอบรายได้ทั้งหมดให้ข้าพเจ้าโดยตรง โดยข้าพเจ้ายินยอมชำระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ รวมทั้งค่าเช่าสถานที่
เครื่องมืออุปกรณ์การรักษาต่าง ๆ ค่าแรงเจ้าหน้าที่ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ตามที่โรงพยาบาลกำหนด และข้าพเจ้าจะเป็นผู้
รวบรวมเงินรายได้จากการประกอบวิชาชีพอิสระประกอบโรคศิลป์ ตาม ป. รัชฎากร ม. 40(6) และรับผิดชอบในการเสีย
ภาษีของข้าพเจ้าเองทั้งสิ้น อนึ่ง ถ้าหากกรมสรรพากรกำหนดให้โรงพยาบาลเป็นผู้หักภาษีเงินได้ ณ ที่จ่าย ข้าพเจ้ายินยอม
ให้โรงพยาบาลดำเนินการได้

ในระหว่างการปฏิบัติงาน ข้าพเจ้ารับรองว่าจะปฏิบัติงานตามระเบียบของโรงพยาบาล โดยมีมาตรฐานการแพทย์
ที่ดี และยึดมั่นในจริยธรรม และจรรยาแพทย์ที่ดีเสมอ ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ข้าพเจ้าดูแลอย่างเต็มที่
ในทุกประการ

สัญญานี้จะสิ้นสุดลงเมื่อข้าพเจ้าแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อโรงพยาบาลว่าจะยุติการประกอบวิชาชีพอิสระที่
โรงพยาบาลนี้ หรือเมื่อโรงพยาบาลทำหนังสือแจ้งขอให้ข้าพเจ้ายุติการปฏิบัติงานแห่งนี้ตามวันเวลาที่กำหนด

ลงชื่อ.....แพทย์
()

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
()

ลงชื่อ.....พยาน
()

ลงชื่อ.....พยาน
()