

ประกาศเรื่องการ ELECTIVE ในช่วงปิดภาคการศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. นักศึกษาแพทย์ติดต่อสถานที่ที่ต้องการไปฝึกประสบการณ์ด้วยตนเอง
 2. ขอแบบฟอร์ม ELECTIVE ในช่วงปิดภาคการศึกษา
ได้ที่งานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่า ชั้น 7 อาคารแพทยศาสตร์
หรือ Download ในเว็บไซต์ www.medafpsu.ac.th
-
- ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม
3. กรณีส่งแบบฟอร์มมายังงานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่า ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน ก่อนการไป ELECTIVE
โดยยื่นแบบฟอร์มที่งานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่า ชั้น 7 งานกิจการนักศึกษาฯ หรือ ส่งทาง
Email: medafpsu@gmail.com (กรณีไปฝึกปฏิบัติงานฯ เป็นกลุ่มให้ส่งแบบฟอร์มในคราวเดียวกันทั้งหมด)
 4. กรณีไปฝึกปฏิบัติงานฯ ต่างโรงพยาบาล (ไม่ใช่รพ.สงขลานครินทร์) ให้นักศึกษาระบุเรื่องที่ฝึก และระบุที่อยู่
ในการจัดส่งหนังสือโดยละเอียด
 5. รอกการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ (เมื่อได้รับการอนุญาตงานกิจการ
นักศึกษาและศิษย์เก่า จะดำเนินการส่งหนังสือขออนุญาตให้นักศึกษาเข้าฝึกปฏิบัติงานไปยังสถานที่ที่นักศึกษา
ขอไปฝึกปฏิบัติงานผ่านทางจดหมายจัดส่งโดยระบบไปรษณีย์ไทย ระยะเวลาในการส่ง 5-7 วันทำการ)
 6. กรณียื่นแบบฟอร์มไว้แล้วต้องการเปลี่ยนแปลงหรือขอยกเลิกการเข้าฝึกปฏิบัติงานให้นักศึกษามาติดต่องาน
กิจการนักศึกษาและศิษย์เก่าเพื่อยกเลิก
 7. ก่อนเข้าฝึกปฏิบัติงานให้นักศึกษาแพทย์ดำเนินการยืนยันการเข้าฝึกปฏิบัติกับสาขาวิชา/โรงพยาบาลฯ ที่ไป
ด้วยตนเอง (กรณีโรงพยาบาลกำหนดให้มีการฉีดวัคซีน หรือตรวจ ATK ก่อนเข้าฝึกปฏิบัติงานนักศึกษาต้อง
รับผิดชอบตรวจด้วยตนเอง)
 8. หลังการเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติงานให้นักศึกษาทำแบบประเมินตนเองและส่งให้งานกิจการนักศึกษาฯ
ภายใน 1 สัปดาห์ โดยจะส่งแบบประเมินผ่าน Email รหัสนักศึกษา@psu.ac.th

งานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โทร.0-7445-1545 E-mail: medafpsu.ac.th www.medafpsu.ac.th



RSU โรงเรียนพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ School of Medicine and Health Sciences
เลขรับ.....
วันที่.....

แบบฟอร์ม ขอฝึกประสบการณ์วิชาชีพเพิ่มเติมระหว่างปิดภาคการศึกษา
งานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอฝึกประสบการณ์วิชาชีพเพิ่มเติมระหว่างปิดภาคการศึกษา

เรียน ผู้ช่วยบริหารฝ่ายกิจการนักศึกษา

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว..... รหัสนักศึกษา.....ชั้นปีที่.....
เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อนักศึกษาได้.....E-mail.....
สถานที่ฝึกประสบการณ์วิชาชีพเพิ่มเติมระหว่างปิดภาคศึกษา (โปรดระบุข้อมูลโดยละเอียด เพื่อการติดต่อประสาน)
สาขาวิชา.....โรงพยาบาล.....
ที่อยู่หน่วยงาน.....
.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรติดต่อหน่วยงาน..... E-mail หน่วยงาน.....
หอพัก ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ กรุณาระบุวันเข้า-ออกหอพัก.....
เข้าฝึกระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
วัตถุประสงค์เพื่อ

กิจกรรมที่คาดหวังว่าจะได้เรียนรู้

Learning outcome (ผลลัพธ์จากการเรียนรู้)

ลงชื่อ.....
(.....)

เรียน หัวหน้าสาขาวิชา.....

งานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่าใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษาแพทย์ขอฝึกปฏิบัติการวิชาชีพแพทย์เพิ่มเติม
เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้ประสบการณ์ด้านวิชาชีพแพทย์ และไปประยุกต์ใช้ในการประกอบวิชาชีพแพทย์ในอนาคต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและกรุณาแจ้งผลการพิจารณาให้งานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่าทราบด้วย
จะเป็นพระคุณยิ่ง

(แพทย์หญิงจุฑามาส วรโชติกำจร)
ผู้ช่วยบริหารฝ่ายกิจการนักศึกษา