

ชื่อแพทย์ผู้สมัครฝึกอบรม

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เป็นจริงตามคุณสมบัติของแพทย์ผู้สมัคร ข้างต้น

คุณสมบัติ	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	พอใช้	ต้องปรับปรุง	ไม่มีข้อมูล
ความรู้พื้นฐานทางการแพทย์ ทักษะทางคลินิก						
ความรู้ทางการแพทย์						
ความสามารถทางคลินิกในการดูแลรักษาผู้ป่วย (วิเคราะห์ แก้ไขปัญหา รักษา เลือกตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำหัตถการ)						
การบันทึกรายงาน						
การพัฒนาความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง						
ความสนใจ ใฝ่รู้ แสวงหาความรู้เพิ่มเติม นำความรู้ไปประยุกต์ใช้						
ความสนใจและความสามารถในการถ่ายทอดความรู้						
พฤติกรรม จิตคติ คุณธรรม จริยธรรมแห่งวิชาชีพ						
ความอ่อนน้อม ถ่อมตน มีน้ำใจ เสียสละเพื่อส่วนรวม						
ความขยันหมั่นเพียร มานะพยายาม อดทน รอบคอบ						
มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ สามารถควบคุมอารมณ์						
การปรับตัวต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้า						
ความมั่นใจในตัวเอง กล้าแสดงออก						
ภาวะความเป็นผู้นำ						
ความซื่อสัตย์ มีคุณธรรม จริยธรรม						
ความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ ตรงต่อเวลา						
การวางตัวเหมาะสมกับวิชาชีพ (การแต่งตัว คำพูด กิริยา มารยาท)						
การปฏิบัติต่อผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน การทำงานร่วมกับผู้อื่น						
ทักษะการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ						
การสื่อสาร มนุษยสัมพันธ์ กับผู้ป่วยญาติและผู้ร่วมงาน						

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

ลงชื่อผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง

ระยะเวลาที่รู้จักผู้สมัครปี ในฐานะเป็น ของผู้สมัคร เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ