

แบบสำรวจข้อมูลสมาชิก สมาคมศิษย์เก่าแพทย์จุฬาลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

วัตถุประสงค์ของการสำรวจ

1. เพื่อสำรวจข้อมูลพื้นฐานของสมาคม
2. เพื่อหาช่องทาง การสื่อสารระหว่างสมาคมถึงสมาชิก
3. สำรวจสถิติเบื้องต้น เพื่อการพัฒนางาน

ขั้นตอนการลงทะเบียน

1. กรอกข้อมูล และท่านสามารถเลือกส่งได้ 2 ช่องทางคือ
 - 2.1 ส่งข้อมูล Email พร้อม file รูปถ่ายส่งมาที่ alumniinfo@chula.md และทางส่วนกลางจะลงทะเบียน และส่ง email ยืนยัน กลับให้ท่าน ว่าได้ทำการลงทะเบียนให้แล้ว
 - 2.2 ส่งไปรษณีย์ คือ Print ส่งพร้อมแนบรูปถ่าย และส่งไปรษณีย์มาที่ สมาคมศิษย์เก่าแพทย์จุฬาลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ชั้น 7A อาคารหอพักพัฒนาคณาจารย์ 1873 รพ.จุฬาฯ ถ.พระราม4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

*หมายเหตุ : ถ้าศิษย์เก่าไม่ได้ส่งรูปจะถือว่า การลงทะเบียนไม่สมบูรณ์

User information

(กรุณาตั้ง username และ password สำหรับใช้งาน website เต็มรูปแบบสำหรับ ศิษย์เก่าท่านนั้น สามารถแก้ไขภายหลังได้)

Username _____

Password _____

เพศ ชาย หญิง

ชื่อและคำนำหน้า _____ นามสกุล _____

ชื่อเดิม (ถ้ามี) _____ นามสกุลเดิม (ถ้ามี) _____

ชื่อเล่น _____

วัน เดือน ปีเกิด (พ.ศ.) ____/____/____

สถานะ

โสด

แต่งงาน

หม้าย

หย่าร้าง

เสียชีวิต

มีบุตรหรือไม่

มี

ไม่มี

รุ่นที่ _____

ปีที่เข้าศึกษา (พ.ศ.) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ (ปี 1) _____

ปีที่สำเร็จการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ _____

เลขสายรหัส (ถ้าทราบ) _____

เลขที่สมาชิกสมาคม (ถ้าทราบ) _____

พี่รหัส ก่อน ท่าน 1 รุ่น ชื่อจริง หรือเล่นก็ได้

พี่รหัส ก่อน ท่าน 1 รุ่น ชื่อจริง หรือเล่นก็ได้ (กรณีมีมากกว่า 1 คน)

น้องรหัส หลัง ท่าน 1 รุ่น ชื่อจริง หรือเล่นก็ได้

น้องรหัส หลัง ท่าน 1 รุ่น ชื่อจริง หรือเล่นก็ได้ (กรณีมีมากกว่า 1 คน)

=====

ความเชี่ยวชาญพิเศษ (เช่น อายุรศาสตร์) _____

-ปีที่จบ (พ.ศ.ตามใบวุฒิบัตร/อนุมัติบัตร) _____ สถาบันที่จบการศึกษา _____

ความเชี่ยวชาญพิเศษ (เช่น อายุรศาสตร์) (กรณีมากกว่า 1 ใบ) _____

ปีที่จบ (พ.ศ.ตามใบวุฒิบัตร/อนุมัติบัตร) _____ สถาบันที่จบการศึกษา _____

ปีที่จบ (พ.ศ.ตามใบวุฒิบัตร/อนุมัติบัตร) _____ สถาบันที่จบการศึกษา _____

วุฒิการศึกษาอื่นๆ (นอกจากแพทยศาสตร์ เช่น นิติศาสตร์) _____

-ปีที่จบ (พ.ศ.ตามใบวุฒิบัตร/อนุมัติบัตร) _____ สถาบันที่จบการศึกษา _____

วุฒิการศึกษาอื่นๆ (นอกจากแพทยศาสตร์ เช่น นิติศาสตร์) (กรณีมากกว่า 1 ใบ) _____

Contact information

ที่อยู่จัดส่งเอกสารที่สะดวกที่สุด

เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____

ประเทศ _____ รหัสไปรษณีย์ _____

รหัสไปรษณีย์ _____

เบอร์โทรศัพท์ (บ้าน) _____

เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ) _____

ผู้ที่ให้ติดต่อ เมื่อมีภาวะฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ) ผู้ที่ให้ติดต่อ เมื่อมีภาวะฉุกเฉิน

เพื่อนในรุ่น ที่ให้ติดต่อได้แทน ชื่อ -นามสกุล

เบอร์โทรศัพท์ เพื่อนในรุ่น ที่ให้ติดต่อได้แทน ชื่อ -นามสกุล

ในกรณีที่มี ภรรยา หรือ บุตรที่ เป็นสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าแพทย์จุฬาฯ (รบกวนระบุ ชื่อ - นามสกุล , รุ่น)

ช่องทางการส่งข่าวสาร ที่ติดต่อท่านได้ง่ายที่สุด

line ID _____

Facebook link หรือ name _____

Email _____

จัดส่งทางไปรษณีย์ _____

=====

Career & Workplace

สถานที่ ทำงานปัจจุบัน

ตำแหน่งในการทำงานล่าสุด (เขียนได้ > 1 ตำแหน่ง)

Questionnaire

ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับข่าวสารที่เกี่ยวกับ สมาคมศิษย์เก่าบ้างหรือไม่ และทางใด

- มี ทาง line
- มี ทาง facebook
- มี ทาง E-mail
- มี จากการจัดส่งไปรษณีย์
- ไม่มี
- Others (โปรดระบุ) _____

ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยเข้าร่วมงานของสมาคมศิษย์เก่า บ้างหรือไม่

- ไม่เคย
- 1 ครั้ง
- > 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะสำหรับปรับปรุงการทำงานของสมาคมศิษย์เก่าฯ
