แบบประเมินแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด
ซึ่งมา elective ที่ สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์

ชื่อ.....แพทย์ประจำบ้าน/ต่อยอด ปีที่..... สาขา.....
สถาบัน .....
ผู้ประเมิน ..... ตำแหน่ง .....
ห้วงเวลาที่ปฏิบัติงาน ตั้งแต่ วันที่.....เดือน.....มีนาคม..... พ.ศ. .....
ถึง วันที่.....เดือน.....มีนาคม..... พ.ศ. .....
วันที่ประเมิน..... ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เห็นว่าเหมาะสม

	คุณลักษณะ	น้ำหนักคะแนน	ระดับการประเมิน					หมายเหตุ
			ดีมาก (5)	ดี (4)	พอใช้ (3)	อ่อน (2)	ควรปรับปรุง (1)	
1	เจตคติ 80% แบ่งเป็น 1.1 ความสนใจทางวิชาการ 1.2 ความรับผิดชอบ 1.3 มนุษย์สัมพันธ์ต่ออาจารย์และเพื่อนร่วมงาน 1.4 การตรงต่อเวลา 1.5 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ	 20 20 20 10 10						
2	ความรู้ 20 % แบ่งเป็น 2.1 ความรู้ทางวิชาการ 2.2 ทักษะในการถ่ายทอดหรืออธิบายทางวิชาการ	 10 10						
รวมคะแนน		100						

ข้อเสนอแนะ

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง อาจารย์ผู้รับผิดชอบ
วันที่ เดือน พ.ศ.