



## ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ 13 (Basic Management Skills: BMS13) ประจำปี 2565

<b>1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณารอกข้อมูลตัวบรรจง ชัดเจน และถูกต้อง เพื่อใช้ในการออกใบประกาศนียบัตร)</b>			
ตำแหน่งทางวิชาการ <input type="radio"/> ศาสตราจารย์ <input type="radio"/> รองศาสตราจารย์ <input type="radio"/> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ <input type="radio"/> อาจารย์ <input type="radio"/> ดร. <input type="radio"/> นายแพทย์ <input type="radio"/> แพทย์หญิง <input type="radio"/> เกษัตริ์กร <input type="radio"/> อื่นๆ .....			
☆ ชื่อเล่น.....		ส่วนสูง ..... ซม.	
ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....			
ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) <u>ตัวพิมพ์ใหญ่</u>			
NAME (MR./MRS./MISS).....		SURNAME.....	
วัน/เดือน/ปี เกิด.....		โทรศัพท์มือถือ .....	
Email (ตัวบรรจง).....			
ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาไทย).....			
ชื่อตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาอังกฤษ).....			
ชื่อหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาไทย).....			
ชื่อหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาอังกฤษ).....			
<b>ที่อยู่ี่ทำงานปัจจุบัน</b>			
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....		ถนน.....ตำบล/แขวง.....	
อำเภอ/เขต.....		จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....	
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....		โทรสาร.....	
<b>ที่อยู่ (เพื่อการจัดส่งเอกสาร) <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> ใช้ที่อยู่ี่ทำงานปัจจุบัน (ไม่ต้องกรอกข้อมูลเพิ่ม)</b>			
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....		ถนน.....ตำบล/แขวง.....	
อำเภอ/เขต.....		จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....	
ประเภทอาหาร <input type="radio"/> ไทย <input type="radio"/> อิสลาม <input type="radio"/> มังสวิริ์ติ <input type="radio"/> เจ			
มีอาหารแพ้หรือไม่รับประทาน <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี (โปรดระบุ) .....			
ผู้ประสานงานในส่วนการเข้ารับการอบรม .....			
โทรศัพท์มือถือ.....		Email (ตัวบรรจง).....	

<b>2) ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-โท-เอก ตามลำดับ)</b>			
ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ/สาขาวิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

3) ประวัติการทำงาน	วันเริ่มต้น - สิ้นสุดการทำงาน	ตำแหน่ง	สังกัด

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

.....  
.....

4) ท่านเคยผ่านการอบรมทางด้านการบริหารโรงพยาบาล หรือหลักสูตรอื่น มาก่อนหรือไม่  ไม่เคย  เคย (โปรดระบุ)

หลักสูตร	รุ่น/ปีการศึกษา	หมายเหตุ

5) วัตถุประสงค์ของการสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

.....

6) ความคาดหวัง/แผนสืบทอดตำแหน่งของหน่วยงาน หลังจาก ท่าน จบหลักสูตรนี้

.....

7) ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรฯ กำหนดได้ ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของ **โรงเรียนการดำเนินงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล** หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของ **โรงเรียนการดำเนินงานโรงพยาบาล** ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตรฯ และเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรฯ

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

**หมายเหตุ:**

- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมายัง Email: [supapan.sup@mahidol.ac.th](mailto:supapan.sup@mahidol.ac.th)
- เอกสารใบสมัครฉบับจริงกรุณานำส่งทางไปรษณีย์: หัวหน้างานโรงเรียนการดำเนินงานโรงพยาบาล โรงเรียนการดำเนินงานโรงพยาบาล ชั้น 8 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. 02-201-1547, 02-201-1274
- **สอบถามข้อมูลและยืนยันการชำระเงิน (ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น.): นางสาวปาริฉัตร มนัสศิริวิทยา** โทร. 02-201-1547 ([parichat.man@mahidol.ac.th](mailto:parichat.man@mahidol.ac.th)) หรือ นางสาวจันทน์ แจ่มฟ้า โทร. 02-201-1274 ([chantanee.cha@mahidol.ac.th](mailto:chantanee.cha@mahidol.ac.th))