



## ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ 14 (Basic Management Skills: BMS14) ประจำปี 2566

1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณากรอกข้อมูลตัวบรรจง ชัดเจน และถูกต้อง เพื่อใช้ในการออกใบประกาศนียบัตร)

ตำแหน่งทางวิชาการ  ศาสตราจารย์  รองศาสตราจารย์  ผู้ช่วยศาสตราจารย์  อาจารย์  ดร.  นายแพทย์  
 แพทย์หญิง  เกษัตริ์กร  อื่นๆ ..... ☆ ชื่อเล่น..... ส่วนสูง ..... ซม.  
ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ตัวพิมพ์ใหญ่  
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).....  
ที่อยู่ี่ทำงานปัจจุบัน  
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร.....

ที่อยู่ (เพื่อการจัดส่งเอกสาร)   ใช้ที่อยู่ี่ทำงานปัจจุบัน (ไม่ต้องกรอกข้อมูลเพิ่ม)  
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ประเภทอาหาร  ไทย  อิสลาม  มังสวิรัติ  เจ  
มีอาหารแพ้หรือไม่รับประทาน  ไม่มี  มี (โปรดระบุ) .....

ผู้ประสานงานในส่วนการเข้ารับการอบรม .....

โทรศัพท์มือถือ..... Email (ตัวบรรจง).....

2) ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-โท-เอก ตามลำดับ)

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ/สาขาวิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

3) ประวัติการทำงาน

ประวัติการทำงาน	วันเริ่มต้น - สิ้นสุดการทำงาน	ตำแหน่ง	สังกัด

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

.....  
.....

4) ท่านเคยผ่านการอบรมทางด้านการบริหารโรงพยาบาล หรือหลักสูตรฯ อื่น มาก่อนหรือไม่  ไม่เคย  เคย (โปรดระบุ)

หลักสูตร	รุ่น/ปีการศึกษา	หมายเหตุ

5) วัตถุประสงค์ของการสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

.....

6) ความคาดหวัง/แผนสืบทอดตำแหน่งของหน่วยงาน หลังจาก ท่าน จบหลักสูตรฯ นี้

.....

7) ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรฯ กำหนดได้ ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล 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: หัวหน้างานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ชั้น 8 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. 02-201-0828, 02-201-1274, 02-201-0800, 02-201-1547
- **สอบถามข้อมูลและยืนยันการชำระเงิน (ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.):**  
นายวิฑิต ร่วมเงิน โทร. 02-201-0828 ([witit.rua@mahidol.ac.th](mailto:witit.rua@mahidol.ac.th)) หรือ นางสาวจันทน์ แจ่มฟ้า โทร. 02-201-1274 ([chantanee.cha@mahidol.ac.th](mailto:chantanee.cha@mahidol.ac.th))