



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

- ☒ หลักสูตร “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ 19 ประจำปี 2569 (Basic Management Skills: BMS19)
(ระหว่างวันที่ 27 ตุลาคม – 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568)

1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณารอกข้อมูลตัวบรรจง ชัดเจน และถูกต้อง เพื่อใช้ในการออกใบประกาศนียบัตร)

ตำแหน่งทางวิชาการ ☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์ ☐ ดร. ☐ นายแพทย์
☐ แพทย์หญิง ☐ เกษัตริย์ ☐ อื่นๆ  ชื่อเล่น.....

ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ตัวพิมพ์ใหญ่

NAME (MR./MRS./MISS).....SURNAME.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... โทรศัพท์มือถือ

Email (ตัวบรรจง).....

ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาไทย).....

ชื่อหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาไทย).....

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร.....

ที่อยู่ (เพื่อการจัดส่งเอกสาร) ☒ ☐ ใช้ที่อยู่ปัจจุบัน (ไม่ต้องกรอกข้อมูลเพิ่ม)

เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ประเภทอาหาร ☐ ไทย ☐ อิสลาม ☐ มังสวิรัติ **Food Allergy** ☐ ไม่แพ้ ☐ แพ้ (โปรดระบุ)

ไม่รับประทานอาหารชนิดใด ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

ผู้ประสานงานในส่วนการเข้ารับการอบรม

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

2) ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-โท-เอก ตามลำดับ)

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ/สาขาวิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีสำเร็จการศึกษา

3) ประวัติการทำงาน

วันเริ่มต้น-สิ้นสุดการทำงาน	ตำแหน่ง	สังกัด

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

.....

.....

4) ท่านเคยผ่านการอบรมด้านการบริหารโรงพยาบาล หรือหลักสูตรฯ อื่น มาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุ)

หลักสูตร	รุ่น/ปีการศึกษา	หมายเหตุ

5) วัตถุประสงค์ของการสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

.....

6) ความคาดหวัง/แผนสืบทอดตำแหน่งของหน่วยงาน (Successor plans) หลังจาก ท่าน จบหลักสูตรฯ นี้

.....

.....

7) ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความในใบสมัครฯ นี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรฯ กำหนดได้ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตามระเบียบและแนวปฏิบัติของ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามกฎระเบียบของ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินยอสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตรฯ และเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรฯ

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ:

☐ กรุณากรอกใบสมัครฯ ให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมายัง Email: supapan.sup@mahidol.ac.th

☐ เอกสารใบสมัครฉบับจริงกรุณาส่งทางไปรษณีย์: นางสาวสุภาพรรณ สุพรรณทัศน์

(หัวหน้างานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล)

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ชั้น 8 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

☐ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม (ตั้งแต่วันที่ 08.30-16.30 น.):

โทร. 02-201-1274, 02-201-0828, 02-201-1547, 02-201-0800, 02-201-0798