



## ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร “การบริหารโรงพยาบาล” รุ่นที่ 51 (CEO51) ประจำปี 2565

### 1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณากรอกข้อมูลตัวบรรจง ชัดเจน และถูกต้อง เพื่อใช้ในการออกใบประกาศนียบัตร)

ตำแหน่งทางวิชาการ  ศาสตราจารย์  รองศาสตราจารย์  ผู้ช่วยศาสตราจารย์  อาจารย์  ดร.  นายแพทย์  
 แพทย์หญิง  อื่นๆ..... ☆ ชื่อเล่น ..... ส่วนสูง ..... ซม.  
ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ตัวพิมพ์ใหญ่  
NAME (MR./MRS./MISS)..... SURNAME.....  
อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปี เกิด..... สถานภาพ  โสด  สมรส  
โทรศัพท์มือถือ ..... Email (ตัวบรรจง) .....

ข้อมูลกรณีเดินทางไปดูงาน ณ ต่างประเทศ (โปรดกรอกข้อมูลเลขที่หนังสือเดินทาง)

เลขที่หนังสือเดินทาง.....วันที่ออก.....วันหมดอายุ.....

ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาไทย).....

ชื่อตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาอังกฤษ).....

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

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

#### ที่อยู่ปัจจุบัน

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

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

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....

ที่อยู่เพื่อการจัดส่งเอกสาร   ใช้ที่อยู่ปัจจุบัน (ไม่ต้องกรอกข้อมูลเพิ่มเติม)

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

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

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

ผู้ประสานงานในส่วนการเข้ารับอบรม .....

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

### 2) ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-โท-เอก ตามลำดับ)

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) แผนพัฒนาเพื่อทำงานบริหารของหน่วยงาน/องค์กร หลังจาก ท่าน จบหลักสูตรนี้

.....

7) ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรกำหนดได้ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตรฯ และเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

**หมายเหตุ:**

- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมาทาง Email: [supapan.sup@mahidol.ac.th](mailto:supapan.sup@mahidol.ac.th)
- สอบถามข้อมูลตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. โทร. 02-201-0828, 02-201-1274, 02-201-0800
- Website: <http://med.mahidol.ac.th/has/>
- **นำส่งใบสมัครฉบับจริง:** นางสาวสุภาพรณ สุพรรณทัสน์ (หัวหน้างานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล) โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400