



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร “การบริหารโรงพยาบาล” รุ่นที่ 52 (CEO52) ประจำปี 2566 (วันที่ 29 พ.ค. – 20 ก.ย. 2566)

1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณารอกข้อมูลตัวบรรจง ชัดเจน และถูกต้อง เพื่อใช้ในการออกใบประกาศนียบัตร)

ตำแหน่งทางวิชาการ ศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ ดร. นายแพทย์
 แพทย์หญิง เกษีกร อื่นๆ..... ☆ ชื่อเล่น ส่วนสูง ซม.
ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....
ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) **ตัวพิมพ์ใหญ่**
NAME (MR./MRS./MISS)..... SURNAME.....
วัน/เดือน/ปีเกิด..... โทรศัพท์มือถือ

ข้อมูลกรณีเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ ต่างประเทศ
เลขที่หนังสือเดินทาง.....วันที่ออก.....วันหมดอายุ.....

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.....
ที่อยู่เพื่อการจัดส่งเอกสาร ใช้ที่อยู่ี่ทำงานปัจจุบัน (ไม่ต้องกรอกข้อมูลเพิ่ม)
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ประเภทอาหาร ไทย อิสลาม มังสวิรัติ เจ
มีอาหารแพ้หรือไม่รับประทาน ไม่มี มี (โปรดระบุ)
ผู้ประสานงานในสถานการณ์เข้าอบรม
โทรศัพท์มือถือ..... Email (ตัวบรรจง).....

2) ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-โท-เอก ตามลำดับ)

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ/สาขาวิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

3) ประวัติการทำงาน	วันเริ่มต้น - สิ้นสุดการทำงาน	ตำแหน่ง	สังกัด

4) ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

.....
.....

5) ท่านเคยผ่านการอบรมทางด้านการบริหารโรงพยาบาล หรือหลักสูตรฯ อื่น มาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคย (โปรดระบุ)

หลักสูตร	รุ่น/ปีการศึกษา

6) วัตถุประสงค์ของการสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

.....

7) แผนพัฒนาเพื่อทำงานบริหารของหน่วยงาน/องค์กร หลังจาก ท่าน จบหลักสูตรฯ นี้ (Career path)

.....

8) บทความแนะนำตัว (Personal Statement) – ไม่เกิน 400 คำ (in separate sheet)

9) ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรฯ กำหนดได้ ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของ **โรงเรียนการบริหรงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล** หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของ**โรงเรียนการบริหรงานโรงพยาบาล** ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใด ๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

10) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตรฯ และเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ:

- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมาทาง Email: supapan.sup@mahidol.ac.th
- สอบถามข้อมูลตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.
นายวิฑิต ร่มเงิน โทร. 02-201-0828 และนางสาวจันทน์ แจ่มฟ้า โทร. 02-201-1274
- Website: <http://med.mahidol.ac.th/has/>
- **นำส่งใบสมัครฉบับจริง: นางสาวสุภาพรณ สุพรรณทลัน (หัวหน้างานโรงเรียนการบริหรงานโรงพยาบาล)**
โรงเรียนการบริหรงานโรงพยาบาล ชั้น 8 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 02-201-1274, 02-201-0828, 02-201-0800, 02-201-1547, 02-201-0798