



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เลขที่สมัคร
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว
ถ่ายไว้ไม่เกิน
6 เดือน

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

☒ หลักสูตร “การบริหารโรงพยาบาล” รุ่นที่ 55 (CEO55) ประจำปี 2569
(วันที่ 25 พฤษภาคม – 23 กันยายน พ.ศ. 2569)

1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณารอกข้อมูลตัวจริง ชัดเจน และถูกต้อง เพื่อใช้ในการออกใบประกาศนียบัตร)

ตำแหน่งทางวิชาการ ☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ ดร. ☐ นายแพทย์ ☐ แพทย์หญิง
☐ ทันตแพทย์ ☐ เกษตรกร ☐ อื่นๆ.....  ชื่อเล่น

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

ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ตัวพิมพ์ใหญ่

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

วัน/เดือน/ปีเกิด..... โทรศัพท์มือถือ

Email (ตัวจริง).....

*ข้อมูลกรณีเดินทางไปศึกษาดูงานต่างประเทศ (Optional)

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 (ไม่ต้องกรอกข้อมูลเพิ่ม)

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

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

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

ไม่รับประทานอาหารชนิดใด ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

ผู้ประสานงานในสถานการณ์การเข้าอบรม

โทรศัพท์มือถือ (ผู้ประสานงาน)..... Email (ตัวจริง).....

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 in Thai) – ไม่เกิน 400 คำ (in separate sheet)

9) ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วมการอบรม/กิจกรรม ได้ครบตามเวลาที่หลักสูตรฯ กำหนด และจะปฏิบัติตามกฎระเบียบของ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใด ๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

10) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินยอสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตรฯ และเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรฯ

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ:

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