



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

☒ โครงการพัฒนาศักยภาพผู้นำภายในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี รุ่นที่ 2
(Ramathibodi Executive Successors Development: RESD2)

1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณารอกข้อมูลตัวบรรจง ชัดเจน และถูกต้อง)			
ตำแหน่งทางวิชาการ ☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์ ☐ ดร. ☐ นายแพทย์ ☐ แพทย์หญิง ☐ อื่นๆ.....			
ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....		☆ ชื่อเล่น..... ส่วนสูง ซม.	
ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ตัวพิมพ์ใหญ่			
NAME (MR./MRS./MISS).....		SURNAME.....	
อายุ.....ปี		วัน/เดือน/ปีเกิด.....	
โทรศัพท์มือถือ		Email:	
ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาไทย).....			
ชื่อตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาอังกฤษ).....			
ชื่อหน่วยงาน/ภาควิชา (ภาษาไทย).....			
ชื่อหน่วยงาน/ภาควิชา (ภาษาอังกฤษ).....			
ที่อยู่ (เพื่อการจัดส่งเอกสาร) ☒ ☐ ใช้ที่อยู่ที่ท่านทำงานปัจจุบัน			
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....			
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....			
ประเภทอาหาร ☐ ไทย ☐ อิสลาม ☐ มังสวิรัติ			
อาหารที่แพ้หรือไม่รับประทาน ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ).....			
ผู้ประสานงานในส่วนการเข้ารับการอบรม			
โทรศัพท์มือถือ.....		Email.....	

2) ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-โท-เอก ตามลำดับ)			
ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ/สาขาวิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

3) ประวัติการทำงาน	วันเริ่มต้น – สิ้นสุดการทำงาน	ตำแหน่ง	หน่วยงาน

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

4) ท่านเคยผ่านการอบรมทางด้านการบริหารโรงพยาบาล หรือหลักสูตรอื่น มาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุ)

หลักสูตร	รุ่น/ปีการศึกษา	หมายเหตุ

5) วัตถุประสงค์ของการสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

6) แผนพัฒนาเพื่อทำงานบริหารของภาควิชาหรือคณะฯ หลังจาก ท่าน จบหลักสูตรนี้

7) ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรฯ กำหนดได้ ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของ งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล หากข้าพเจ้าไม่สามารถ ปฏิบัติตามดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้า ยินยอมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของ งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตรฯ และเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรฯ

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ:

- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมาทาง Email: supapan.sup@mahidol.ac.th
- เอกสารใบสมัครฉบับจริงกรุณานำส่งที่: หัวหน้างานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล
งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
- สอบถามข้อมูล: นายวิฑิต ร่วมเงิน โทร. 02-201-0828 และนางสาวจันทน์ แจ่มฟ้า โทร. 02-201-1274
ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. /Website: <http://med.mahidol.ac.th/has/>