



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร “Silvery Health Service Management” รุ่นที่ 1 ประจำปี 2566 (SHSM1)

1) รายละเอียดของผู้สมัคร (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).....

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 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) ท่านเคยผ่านการอบรมด้านใดบ้าง ไม่เคยผ่านการอบรม ผ่านการอบรม (โปรดระบุ)

หลักสูตร	รุ่น/ปีการศึกษา

6) วัตถุประสงค์ของการสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

.....
.....

7) ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรฯ กำหนดได้ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของ โรงเรียนการบริหรงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียนการบริหรงานโรงพยาบาล ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใด ๆ

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

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

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

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

หมายเหตุ:

- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมาทาง Email: supapan.sup@mahidol.ac.th (นางสาวสุภาพรณ สุพรรณทัศน์)
- สอบถามข้อมูลตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.
นางสาวจันทน์ แจ่มฟ้า โทร. 02-201-1274 และนายวิฑิต ร่วมเงิน โทร. 02-201-0828
- Website: <http://med.mahidol.ac.th/has/>
- **นำส่งใบสมัครฉบับจริง:** **นางสาวสุภาพรณ สุพรรณทัศน์ (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