



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร “Silvery Health Service Management” รุ่นที่ 3 ประจำปี 2569 (SHSM3)
(วันที่ 29 มกราคม – 3 เมษายน พ.ศ. 2569)

1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณารอกข้อมูลตัวบรรจง ชัดเจน และถูกต้อง เพื่อใช้ในการออกใบประกาศนียบัตร)

ตำแหน่งทางวิชาการ ศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ ดร. นายแพทย์
 แพทย์หญิง เกษัชกร อื่นๆ..... ★ ชื่อเล่น

ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ตัวพิมพ์ใหญ่
NAME (MR./MRS./MISS)..... SURNAME.....
วัน/เดือน/ปีเกิด..... โทรศัพท์มือถือ

Email (ตัวบรรจง).....

ข้อมูลกรณีเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ ต่างประเทศ (Optional)
เลขที่หนังสือเดินทาง.....วันที่ออก.....วันหมดอายุ.....

ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาไทย).....
ชื่อตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาอังกฤษ).....
ชื่อหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาไทย).....
ชื่อหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาอังกฤษ).....
ที่อยู่ที่ทำงานปัจจุบัน
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....

ที่อยู่เพื่อการจัดส่งเอกสาร ใช้ที่อยู่ทำงานปัจจุบัน (ไม่ต้องกรอกข้อมูลเพิ่ม)
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ประเภทอาหาร ไทย อิสลาม มังสวิรัติ **Food Allergy** ไม่แพ้ แพ้ (โปรดระบุ)

ไม่รับประทานอาหารชนิดใด ไม่มี มี (โปรดระบุ)

ผู้ประสานงานในสถานการณ์เข้าอบรม

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

2) ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-โท-เอก ตามลำดับ)

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ/สาขาวิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

3) ประวัติการทำงาน

ประวัติการทำงาน	วันเริ่มต้น - สิ้นสุดการทำงาน	ตำแหน่ง	สังกัด

4) ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

.....
.....
.....

5) ท่านเคยผ่านการอบรมหลักสูตรฯ ใดบ้าง 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 (หัวหน้างานโรงเรียนการบริหรงานโรงพยาบาล)

สอบถามข้อมูล ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.
โทร. 02-201-1274, 02-201-1547, 02-201-0798, 02-201-0800, 02-201-0828

Website: <http://med.mahidol.ac.th/has/>

นำส่งใบสมัครฉบับจริง: นางสาวสุภาพรรณ สุพรรณทัศน์ (หัวหน้างานโรงเรียนการบริหรงานโรงพยาบาล)

โรงเรียนการบริหรงานโรงพยาบาล ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400