



## ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร “Silvery Health Service Management” รุ่นที่ 2 ประจำปี 2567 (SHSM2)  
(วันที่ 6 มิถุนายน – 22 สิงหาคม 2567)

### 1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณารอกข้อมูลตัวจริง 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 (ตัวจริง).....

ข้อมูลกรณีเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ ต่างประเทศ

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   ใช้ที่อยู่ที่ทำงานปัจจุบัน (ไม่ต้องกรอกข้อมูลเพิ่ม)

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

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

ประเภทอาหาร  ไทย  อิสลาม  มังสวิรัติ  เจ

มีอาหารแพ้หรือไม่รับประทาน  ไม่มี  มี (โปรดระบุ) .....

ผู้ประสานงานในสถานการณ์เข้าอบรม .....

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

### 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 และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรฯ กำหนดได้ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใด ๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ.....  
(.....)  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

**หมายเหตุ:**

กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมาทาง Email: [supapan.sup@mahidol.ac.th](mailto:supapan.sup@mahidol.ac.th)  
(นางสาวสุภาพรณ สุพรรณทัศน์)

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

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