



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ 16 ประจำปี 2567 (Basic Management Skills: BMS16)
(ระหว่างวันที่ 5 กุมภาพันธ์ – 6 มีนาคม 2567)

1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณารอกข้อมูลตัวจริง 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

Email (ตัวจริง).....

ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาไทย).....
ชื่อหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาไทย).....

ที่อยู่ทำงานปัจจุบัน
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร.....

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

ประเภทอาหาร ไทย อิสลาม มังสวิรัติ เจ
แพ้อาหารหรือไม่รับประทานอาหารชนิดใด ไม่มี มี (โปรดระบุ)

ผู้ประสานงานในสถานการณ์เข้ารับการอบรม

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

2) ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-โท-เอก ตามลำดับ)

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ/สาขาวิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

3) ประวัติการทำงาน

วันเริ่มต้น-สิ้นสุดการทำงาน	ตำแหน่ง	สังกัด

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

.....
.....

4) ท่านเคยผ่านการอบรมด้านการบริหารโรงพยาบาล หรือหลักสูตรฯ อื่น มาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคย (โปรดระบุ)

หลักสูตร	รุ่น/ปีการศึกษา	หมายเหตุ

5) วัตถุประสงค์ของการสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

.....

6) ความคาดหวัง/แผนสืบทอดตำแหน่งของหน่วยงาน (Successor plan) หลังจาก ท่าน จบหลักสูตรฯ นี้

.....
.....

7) ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความในใบสมัครฯ นี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรฯ กำหนดได้ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตามระเบียบและแนวปฏิบัติของ **โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล** หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามกฎระเบียบของ **โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล** ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ:

- กรุณากรอกใบสมัครฯ ให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมายัง Email: supapan.sup@mahidol.ac.th
- เอกสารใบสมัครฉบับจริงกรุณานำส่งทางไปรษณีย์: **หัวหน้างานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล** โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ชั้น 8 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
- สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม (ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.):**
นางสาวประวีร์นุช แสงสว่างธรรมมะ โทร. 02-201-1547
นางสาวพินผกา กุลนิล โทร. 02-201-0798