



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

กรุณา หลักสูตรที่ประสงค์จะเข้าอบรม

หลักสูตร การบริหารระบบสารสนเทศทางการแพทย์ รุ่น.....

1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณาเขียนตัวบรรจง ชัดเจน และถูกต้อง เพื่อใช้ในการออกใบประกาศนียบัตร)

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

ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) **ตัวพิมพ์ใหญ่**

NAME (MR./MRS./MISS).....SURNAME.....

อายุ.....ปี วัน เดือน ปี เกิด..... สถานภาพ โสด สมรส หย่าร้าง

กรณีเดินทางไปดูงาน ณ ต่างประเทศ (โปรดกรอกข้อมูลเลขที่หนังสือเดินทาง (ถ้ามี))

เลขที่หนังสือเดินทาง.....วันที่ออก.....วันหมดอายุ.....

ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง (ภาษาไทย).....

ชื่อตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ).....

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

ชื่อหน่วยงาน / คณะ / โรงพยาบาล / กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาอังกฤษ).....

ที่อยู่ที่ท่านทำงานปัจจุบัน

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

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มือถือ.....Email (**ตัวบรรจง**).....

ที่อยู่ (เพื่อการจัดส่งเอกสาร) ใช้ที่อยู่ที่ท่านทำงานปัจจุบัน

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

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

ประเภทอาหาร ไทย อิสลาม มังสวิรัติ มีอาหารแพ้หรือไม่รับประทาน ไม่มี มี (โปรดระบุ).....

ผู้ประสานงาน/บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉินโทรศัพท์.....

มือถือ..... Email (**ตัวบรรจง**).....

2) ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-โท-เอก ตามลำดับ)

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ / สาขาวิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

3) ประวัติการทำงาน

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง/หน้าที่	สังกัด	

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

.....
.....

4) ท่านเคยผ่านการอบรมด้านการบริหารระบบสารสนเทศทางการแพทย์ หรือหลักสูตรอื่นที่เกี่ยวข้อง มาก่อนหรือไม่

ไม่เคย เคย (โปรดระบุ)

หลักสูตร	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ

5) วัตถุประสงค์ของการสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

.....
.....

6) ความคาดหวังจากการนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

.....
.....

7) ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรกำหนดได้ ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของ งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้า ยินยอมให้ปฏิบัติตาม ฎระเบียบของ งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินยติสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ:

- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมาทาง Email: supapan.sup@mahidol.ac.th
- เอกสารใบสมัครฉบับจริงกรุณานำส่งไปรษณีย์อีกครั้ง เรียน: นางสาวสุภาพรณ สุพรรณทลัน (ตามที่อยู่ด้านล่าง)
- **สอบถามข้อมูลและยืนยันการชำระเงิน ได้ที่** งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล สำนักงานการศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาล รามาธิบดี ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. โทรศัพท์ 02 201 0798, 02 201 1274, 02 201 0800 โทรสาร 02 354 7296 Website: <http://med.mahidol.ac.th/has/>