



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ 7

1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณากรอกข้อมูลตัวบรรจง ชัดเจน และถูกต้อง เพื่อใช้ในการออกใบประกาศนียบัตร)			
ตำแหน่งทางวิชาการ <input type="radio"/> ศาสตราจารย์ <input type="radio"/> รองศาสตราจารย์ <input type="radio"/> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ <input type="radio"/> อาจารย์ <input type="radio"/> ดร. <input type="radio"/> นายแพทย์ <input type="radio"/> แพทย์หญิง <input type="radio"/> อื่นๆ.....			
☆ ชื่อเล่น..... ส่วนสูง ซม.			
ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....			
ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ตัวพิมพ์ใหญ่			
NAME (MR./MRS./MISS).....SURNAME.....			
อายุ.....ปี วัน เดือน ปี เกิด..... สถานภาพ <input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> สมรส			
ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาไทย).....			
ชื่อตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาอังกฤษ).....			
ชื่อหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาไทย).....			
ชื่อหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาอังกฤษ).....			
ที่อยู่ี่ทำงานปัจจุบัน			
เลขที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....			
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ี่ทำงาน.....			
โทรสาร..... มือถือ..... Email (ตัวบรรจง).....			
ที่อยู่ (เพื่อการจัดส่งเอกสาร) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="radio"/> ใช้ที่อยู่ี่ทำงานปัจจุบัน			
เลขที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....			
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... มือถือ.....			
ประเภทอาหาร <input type="radio"/> ไทย <input type="radio"/> อิสลาม <input type="radio"/> มังสวิรัติ มีอาหารแพ้หรือไม่รับประทาน <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี (โปรดระบุ).....			
ผู้ประสานงาน/บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน			
โทรศัพท์มือถือ..... Email (ตัวบรรจง).....			
2) ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-โท-เอก ตามลำดับ)			
ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ/สาขาวิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา
3) ประวัติการทำงาน			
	วันเริ่มต้น - สิ้นสุดการทำงาน	ตำแหน่ง	สังกัด

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

4) ท่านเคยผ่านการอบรมทางด้านการบริหารโรงพยาบาล หรือหลักสูตรอื่น มาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคย (โปรดระบุ)

หลักสูตร	รุ่น/ปีการศึกษา	หมายเหตุ

5) วัตถุประสงค์ของการสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

6) ความคาดหวังของหน่วยงาน หลังจาก ท่าน จบหลักสูตรนี้

7) ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรกำหนดได้ ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้า ยินยอมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ:

- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมาทาง Email: phachisa.pha@mahidol.ac.th
- เอกสารใบสมัครฉบับจริงกรุณานำส่งทางไปรษณีย์: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
- **สอบถามข้อมูลและยืนยันการชำระเงิน:** นางสาวกชิสรา ภัทรคติยะกุล
ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. โทรศัพท์ 02 201 0828, 02 201 1547, 02 201 1274, 02 201 0800
โทรสาร 02 354 7296 Website: <http://med.mahidol.ac.th/has/>