



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ 5

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

ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง (ภาษาไทย).....
ชื่อตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ).....
ชื่อหน่วยงาน / คณะ / โรงพยาบาล / กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาไทย).....
ชื่อหน่วยงาน / คณะ / โรงพยาบาล / กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาอังกฤษ).....
ที่อยู่ปัจจุบัน
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
มือถือ.....E-mail (ตัวบรรจง).....
ที่อยู่ปัจจุบัน ในการจัดส่งเอกสาร (เพื่อการสื่อสารในอนาคต) ☐
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....
ประเภทอาหาร ไทย อิสลาม มังสวิรัติ มีอาหารแพ้หรือไม่รับประทาน ไม่มี มี (โปรดระบุ).....
ผู้ประสานงาน/เลขานุการ/บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉินโทรศัพท์.....
มือถือ..... E-mail (ตัวบรรจง).....

2) ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-โท-เอก ตามลำดับ)

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ / สาขาวิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

3) ประวัติการทำงาน

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง/หน้าที่	สังกัด	พ.ศ.

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

.....
.....

4) ท่านเคยผ่านการอบรมทางด้านการบริหารโรงพยาบาล หรือหลักสูตรอื่น มาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคย (โปรดระบุ)

หลักสูตร	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ

5) วัตถุประสงค์ของการสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

.....
.....

6) ความคาดหวังจากการนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

.....
.....

7) ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรกำหนดได้ ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของ งานโรงเรียนการบริหรงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้า ยินยอมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของ งานโรงเรียนการบริหรงานโรงพยาบาล ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่เดือน..... พ.ศ.....

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่เดือน..... พ.ศ.....

หมายเหตุ:

- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมาทาง E-mail: phachisa.pha@mahidol.ac.th
- เอกสารใบสมัครฉบับจริงกรุณานำส่งทางไปรษณีย์อีกครั้ง เรียน: นางสาวภชิสา ภัทรตะยะกุล (ตามที่อยู่ด้านล่าง)
- สอบถามข้อมูลและยืนยันการชำระเงิน ได้ที่ งานโรงเรียนการบริหรงานโรงพยาบาล สำนักงานการศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เวลา 07.30-15.30 น. โทรศัพท์ 02 201 0828, 02 201 1274, 02 201 0800 โทรสาร 02 354 7296