



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
 เลขรับที่..... ๕๖๓
 วันที่..... ๑๗ มี.ค. ๒๕๖๓
 เวลา.....

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๒ แขวงทุ่งพญาไท
 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ ๐๒ ๒๐๑ ๐๘๒๘
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
 งานกาชาดเจ้าหน้าที่
 เลขรับที่..... ๑๓๗
 วันที่..... ๑๗ มี.ค. ๒๕๖๓
 เวลา.....

ที่ อว ๗๘.๐๖/ว. ๑๕๘๓๕
 วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หลักสูตร “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ ๗
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์/อธิการบดี/คณบดี/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/
 ผู้อำนวยการสำนัก/หัวหน้ากลุ่มงานภาครัฐและภาคเอกชน

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เปิดอบรมหลักสูตรต่างๆสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งดำเนินการมาแล้วกว่า ๔๘ ปี และได้ออกแบบต่อยอดหลักสูตรต่างๆให้แก่บุคลากรเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการ แนวคิด นโยบาย ทั้งจากภายในและภายนอกองค์กร

ในปี ๒๕๖๓ ทางโรงเรียนฯ ได้เปิดการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรสาขา “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ ๗ ขึ้นระหว่างวันที่ ๒๗ เมษายน - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๓ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับบุคลากรที่กำลังดำรงตำแหน่งหัวหน้างานหรือเทียบเท่า ผู้ที่กำลังเตรียมตัวเข้าสู่ตำแหน่ง หรือผู้ที่หน่วยงานเล็งเห็นว่าเป็นผู้สืบทอดตำแหน่ง (successor) ให้สามารถบริหารจัดการงานต่างๆให้เป็นไปด้วยความเหมาะสมและสอดคล้องกันในทุกระดับ โดยมีค่าลงทะเบียนท่านละ ๓๕,๐๐๐ บาท (สามหมื่นห้าพันบาทถ้วน) รับจำนวน ๔๐ คน (เรียนวันจันทร์ ถึงพุธ/หรือวันอื่นในกรณีพิเศษตามที่หลักสูตรกำหนด)

ทางโรงเรียนฯ ขอเชิญ ท่าน ส่งบุคลากรที่มีศักยภาพเข้าอบรมในหลักสูตรดังกล่าวข้างต้น โดยจะเปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๖ มกราคม ถึง ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๓ และประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือกในวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๓ ผู้สนใจสามารถ download เอกสารการสมัครและดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://med.mahidol.ac.th/has/th/BMS#>

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ทางโรงเรียนฯหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้มีโอกาสร่วมพัฒนาศักยภาพผู้บริหารของท่าน



ขอแสดงความนับถือ


(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอณิสา ลิ้มสุวรรณ)


รองคณบดีฝ่ายโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่แทน
 คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นควรพิจารณาสั่งการ
- เห็นควรพิจารณาอนุมัติ
- เห็นควรประชาสัมพันธ์
- เพื่อโปรดลงนามใน.....
- อื่นๆ.....

จิหตารักษ์
(นางสาวจินดารัตน์ คงรุ่ง)
นักทรัพยากรบุคคล


(นางกนกวรรณ กลั้มพิง)
นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ


(นายเอนก สุขสัมพันธ์)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คุณสมบัติและหลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าอบรม
หลักสูตร “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ 7 ประจำปี 2563

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ได้ตระหนักถึงความตั้งใจและความสำคัญของผู้สมัครทุกท่าน
อย่างไรก็ตาม คณะผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องรักษาระเบียบเพื่อให้การสมัครสามารถดำเนินการได้ทันต่อระยะเวลาที่กำหนด

หัวข้อ	รายละเอียด
คุณสมบัติของผู้สมัคร	1. ผู้ดำรงตำแหน่งหรืออยู่ระหว่างรักษาการในตำแหน่งหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าผู้ตรวจการ หรือตำแหน่งที่เทียบเท่า 2. ผู้ที่หน่วยงานพิจารณาเห็นว่ามีความรู้ที่ขั้นสูงตำแหน่งบริหารระดับหัวหน้างานในอนาคต
วิธีการคัดเลือก	1. หน่วยงานต้นสังกัดส่งรายชื่อ และเอกสารของผู้สมัครมาที่ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ภายในระยะเวลาที่กำหนด 2. พิจารณาจากความจำเป็นของหน่วยงาน ประโยชน์ที่หน่วยงานจะได้รับ ความพร้อมของผู้สมัคร หมายเหตุ: ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกต้องสามารถเข้าร่วมการอบรมได้ตลอดหลักสูตร
เอกสารประกอบการสมัครเข้าอบรม	1. ใบสมัครเข้ารับการอบรมที่มีคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาขององค์กร โปรดนำส่งทาง: - Email: phachisa.pha@mahidol.ac.th - ฉบับจริง กรุณานำส่งตามที่อยู่ด้านล่าง 2. รูปถ่ายสี พื้นหลังสีขาว จำนวน 1 รูป (ติดลงในใบสมัคร)
การรับสมัคร	ตั้งแต่วันที่ 6 มกราคม ถึง 20 มีนาคม 2563
ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือก	วันที่ 27 มีนาคม 2563 ผ่านช่องทาง www.med.mahidol.ac.th/has/th หรือ หนังสือตอบรับผู้ผ่านการคัดเลือกทาง Email
ชำระเงินค่าลงทะเบียน	ตั้งแต่วันที่ 27 มีนาคม ถึง 20 เมษายน 2563 *ผู้สมัครภายนอกคณะฯ สามารถ download แบบฟอร์มการชำระเงิน ได้ที่ http://med/mahidol.ac.th/has/th *ผู้สมัครภายในคณะฯ สามารถ download แบบฟอร์มการตัดโอนค่าลงทะเบียนได้ที่เว็บไซต์ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล *กรณีมีผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกและชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้ว ไม่สามารถเรียกเงินคืนได้ทุกกรณี
วันเปิดการอบรม	วันจันทร์ที่ 27 เมษายน 2563 เวลา 08.30 น. ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (โปรดแต่งกายสุภาพ ชุดสูทหรือสูทสถาบัน เพื่อถ่ายภาพหมู่และภาพเดี่ยว)

หมายเหตุ เนื่องจากคณะฯ มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่จอดรถ ท่านสามารถนำรถมาจอดได้ที่ลานจอดรถคณะฯ ซอยสวนเงิน หรือ โดยสารรถประจำทางสาธารณะ และขอภัยในความไม่สะดวกมา ณ โอกาสนี้



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 02 201 0828 , 02 201 1547, 02 201 1274, 02 201 0800
โทรสาร 02 354 7296 Website: www.med.mahidol.ac.th/has/th



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ 7

1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณากรอกข้อมูลตัวบรรจง ชัดเจน และถูกต้อง เพื่อใช้ในการออกใบประกาศนียบัตร)

ตำแหน่งทางวิชาการ ศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ ดร. นายแพทย์
 แพทย์หญิง 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 โสด สมรส

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.....มือถือ.....Email (ตัวบรรจง).....

ที่อยู่ (เพื่อการจัดส่งเอกสาร) ใช้ที่อยู่ที่ทำงานปัจจุบัน
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....มือถือ.....
ประเภทอาหาร ไทย อิสลาม มังสวิรัติ มีอาหารแพ้หรือไม่รับประทาน ไม่มี มี (โปรดระบุ).....
ผู้ประสานงาน/บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน
โทรศัพท์มือถือ..... Email (ตัวบรรจง).....

2) ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-โท-เอก ตามลำดับ)

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ/สาขาวิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

3) ประวัติการทำงาน

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 และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรกำหนดได้ 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:** นางสาวภชิสา 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/>