

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
รับเลขที่ 1916  
วันที่ 7 พ.ย. 2560  
เวลา 16.17



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
รับเลขที่ 9784  
วันที่ 7 พ.ย. 2560  
14.57

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
เลขที่ ๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ แขวงทุ่งพญาไท

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ ๐๒ ๒๐๑ ๐๗๙๘ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๗๒๙๖

## ด่วนที่สุด

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖/ว.๑๑๗๗๕

วันที่ ๐๕ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/อธิการบดี/คณบดี/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนัก/ศูนย์/หัวหน้า

กลุ่มงานภาครัฐและเอกชน

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เปิดอบรมหลักสูตรต่างๆสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งดำเนินการมาแล้วกว่า ๔๕ ปี และได้ออกแบบต่อยอดหลักสูตรการบริหารโรงพยาบาลให้มีความล้ำสมัยและครอบคลุมสภาพแวดล้อมทางธุรกิจโรงพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เพื่อตอบรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล

ในปี ๒๕๖๑ ทางโรงเรียนฯได้เปิดการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตร “การบริหารระบบสารสนเทศทางการแพทย์” รุ่นที่ ๘ ขึ้น ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม ถึงวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๑ ให้แก่หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย/ส่วนงาน/ผู้จัดการงานไอซีที ที่สนับสนุนการดำเนินงานของผู้บริหาร ในระดับผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้สนใจทั่วไป โดยมีค่าลงทะเบียนท่านละ ๘๐,๐๐๐ บาท (แปดหมื่นบาทถ้วน) \* ไม่รวมค่าศึกษาดูงานต่างประเทศ\* รับจำนวน ๓๐ คน (เรียนวันจันทร์ ถึงพุธ/หรือวันอื่นในกรณีพิเศษตามที่หลักสูตรกำหนด) ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือกและชำระค่าลงทะเบียน ตั้งแต่วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ทางโรงเรียนฯ ขอเชิญ ท่าน ส่งบุคลากรที่มีศักยภาพเข้าอบรมในหลักสูตรดังกล่าวข้างต้น โดยจะเปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๓๐ ตุลาคม - ๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ ขอให้ท่านนำส่งใบสมัครการอบรมมาที่ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ชั้น ๘ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ ๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

สำหรับข้าราชการ สามารถเข้าอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาและมีสิทธิ์เบิกค่าธรรมเนียมจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบทางราชการ ผู้สนใจสามารถ Download เอกสารการสมัครและแผนผังหลักสูตรได้ที่ [www.med.mahidol.ac.th/has/th](http://www.med.mahidol.ac.th/has/th)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ทางโรงเรียนฯหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้มีโอกาสได้ร่วมพัฒนาศักยภาพผู้บริหารของท่าน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

- เพื่อโปรดทราบ

เห็นควร...แจ้ง รพ.ทุกแห่งของ.....

ศุภรัตน์ วงษ์ยศ

นักวิชาการสาธารณสุข

๓๐๓๙๐

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สรายุทธ สุภาพรณชาติ)

รองคณบดีฝ่ายโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี **แจ้งผู้เกี่ยวข้อง**

นายสุชิน กัมพร

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพทัน รักษาการในตำแหน่ง

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี



# มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คำชี้แจง คุณสมบัติและหลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าอบรม

หลักสูตร “การบริหารระบบสารสนเทศทางการแพทย์” รุ่นที่ 8

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ได้ตระหนักถึงความตั้งใจและความสำคัญของผู้สมัครทุกท่าน อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการบริหารจำเป็นต้องรักษาระยะเยียบ เพื่อให้การสมัครสามารถดำเนินการได้ทันต่อระยะเวลาที่กำหนด

คุณสมบัติของผู้สมัคร	1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/รองผู้อำนวยการศูนย์/สำนัก/ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ 2. หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย/ส่วนงาน/ผู้จัดการไอซีทีที่สนับสนุนการดำเนินงานของผู้บริหารระดับสูง 3. นักเวชสถิติ, นักเวชระเบียน, ผู้ดูแลระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์และระบบฐานข้อมูลทางการแพทย์, นักวิเคราะห์และพัฒนาระบบด้านสารสนเทศทางการแพทย์ 4. บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล ที่รับผิดชอบงานด้านสารสนเทศทางการแพทย์ และผู้สนใจ
วิธีการคัดเลือก	1. หน่วยงานต้นสังกัดส่งรายชื่อ และเอกสารของผู้สมัครมาที่ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีภายในระยะเวลาที่กำหนด 2. พิจารณาจากความจำเป็นของหน่วยงาน ประโยชน์ที่หน่วยงานจะได้รับ ความพร้อมของผู้สมัคร และลำดับของการส่งใบสมัคร *ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกต้องสามารถเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการได้ตลอดระยะเวลาอบรม
เอกสารประกอบการสมัครเข้าอบรม	1. ใบสมัครเข้ารับการอบรมฉบับจริง ที่มีคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาขององค์กร โปรดส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Email) หรือ นำส่งด้วยตนเองที่โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล 2. รูปถ่ายสีพื้นหลังสีขาว จำนวน 1 รูป
รับสมัคร	ตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม - 8 ธันวาคม 2560
ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือก	วันที่ 15 ธันวาคม 2560 ผ่านช่องทาง <a href="http://www.med.mahidol.ac.th/has/th">www.med.mahidol.ac.th/has/th</a> หรือ หนังสือตอบรับผู้ผ่านการคัดเลือก
ชำระเงินค่าลงทะเบียน	ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2560 สามารถ Download แบบฟอร์มการชำระเงินได้ที่ <a href="http://med.mahidol.ac.th/has/th">http://med.mahidol.ac.th/has/th</a> *กรณีมีผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกและชำระเงินแล้ว ไม่สามารถเรียกเงินคืนได้ทุกกรณี
วันเปิดอบรม [โปรดแต่งกายสุภาพชุดสูทหรือสุทสถาบัน เพื่อถ่ายภาพหมู่ และภาพเดี่ยวเพื่อจัดทำทำเนียบรุ่น]	วันที่ 8 มกราคม 2561 เวลา 9.00 น. ณ ห้องประชุม ชั้น 6 อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
การศึกษาดูงานต่างประเทศ	เป็นวิชาเลือก จัดในช่วงเดือนมีนาคม 2561 ทางโรงเรียนฯจะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง สำหรับค่าใช้จ่าย ผู้เข้าอบรมเป็นผู้รับผิดชอบเอง หรือเบิกงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาล (เมื่อได้รับอนุมัติเรียบร้อยแล้ว)

หมายเหตุ เนื่องจากคณะฯ มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่จอดรถ ท่านสามารถนำรถมาจอดได้ที่ลานจอดรถคณะฯ ขอยสวณเงิน หรือ โดยสารรถประจำทางสาธารณะ และขออภัยในความไม่สะดวกมา ณ โอกาสนี้



มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เลขที่สมัคร .....  
(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

ติดรูปถ่าย  
1 นิ้ว  
ถ่ายไว้ไม่เกิน  
3 เดือน

### ใบสมัครเข้ารับการอบรม

กรุณา  หลักสูตรที่ประสงค์จะเข้าอบรม

หลักสูตรการบริหารโรงพยาบาล รุ่น .....

หลักสูตรการบริหารระบบสารสนเทศทางการแพทย์ รุ่น.....  หลักสูตร ผู้บริหารระดับต้น รุ่น.....

หลักสูตรผู้บริหารการศึกษา (สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ)  หลักสูตร Corporate Training หัวข้อ.....

#### 1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณาเขียนตัวบรรจง ชัดเจน และถูกต้อง เพื่อใช้ในการกรอกใบประกาศนียบัตร)

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).....

**ที่อยู่ทำงานปัจจุบัน**

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/บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน .....โทรศัพท์.....

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 งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้า ยินยอมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของ งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินยอมนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

**หมายเหตุ:**

- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมาทาง E-mail: supapan.sup@mahidolac.th ตัวจริงกรุณาส่งไปรษณีย์อีกครั้ง
- **สอบถามข้อมูลและยืนยันการชำระเงิน** ได้ที่ งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล สำนักงานการศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ทุกวันเวลาราชการ เท่านั้น (08.30-16.30 น.) โทรศัพท์ 0 2201 1274, 0 2201 1547, 0 2201 0800 02 201 0798 โทรสาร 0 2354 7296 Website: <http://med.mahidolac.th/has/>