

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
 รับเลขที่..... 6715
 วันที่..... 10/10/2562
 เวลา..... 10-15

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ แขวงทุ่งพญาไท
 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
 โทรศัพท์ ๐๒ ๒๐๑ ๑๕๔๗, ๐๒ ๒๐๑ ๐๘๒๘

ที่ อว ๗๘.๐๖/ว. ๒๔๗๗

วันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หลักสูตร “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ ๖

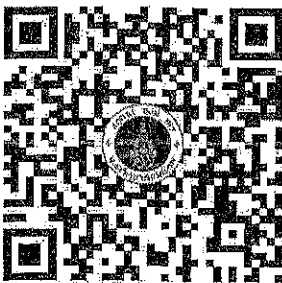
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/อธิการบดี/คณบดี/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนัก/ศูนย์/หัวหน้า
 กลุ่มงานภาครัฐและเอกชน

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เปิดอบรม
 หลักสูตรต่างๆสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งดำเนินการมาแล้วกว่า ๔๗
 ปี และได้ออกแบบต่อยอดหลักสูตรต่างๆให้แก่บุคลากรเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการ แนวคิด นโยบาย
 ทั้งจากภายในและภายนอกองค์กร

ในปี ๒๕๖๒ ทางโรงเรียนฯได้เปิดการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรสาขา “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ ๖ ขึ้น
 ระหว่างวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน - ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๒ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับบุคลากรที่กำลังดำรงตำแหน่ง
 หัวหน้างานหรือเทียบเท่า ผู้ที่กำลังเตรียมตัวเข้าสู่ตำแหน่ง หรือผู้ที่หน่วยงานเล็งเห็นว่าเป็นผู้สืบทอดตำแหน่ง
 (successor) ให้สามารถบริหารจัดการงานต่างๆให้เป็นไปด้วยความเหมาะสมและสอดคล้องกันในทุกระดับ โดยมี
 ค่าลงทะเบียนท่านละ ๓๕,๐๐๐ บาท (สามหมื่นห้าพันบาทถ้วน) รับจำนวน ๔๐ คน (เรียนวันจันทร์ ถึงพุธ/หรือวันอื่นใน
 กรณีพิเศษตามที่หลักสูตรกำหนด)

ทางโรงเรียนฯ ขอเชิญ ท่าน ส่งบุคลากรที่มีศักยภาพเข้าอบรมในหลักสูตรดังกล่าวข้างต้น โดยจะเปิดรับสมัคร
 ตั้งแต่วันที่ ๒๒ กรกฎาคม ถึง ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ และประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือกในวันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ผู้สนใจ
 สามารถ download เอกสารการสมัครและดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://med.mahidol.ac.th/has/th/BMS#>

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ทางโรงเรียนฯหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้มีโอกาสร่วมพัฒนาศักยภาพผู้บริหารของท่าน



ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอลิสา ลิ้มสุวรรณ)

รองคณบดีฝ่ายโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่แทน
 คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คุณสมบัติและหลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าอบรม
หลักสูตร “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ 6 ประจำปี 2562

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ได้ตระหนักถึงความตั้งใจและความสำคัญของผู้สมัครทุกท่าน
อย่างไรก็ตาม คณะผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องรักษาระเบียบเพื่อให้การสมัครสามารถดำเนินการได้ทันต่อระยะเวลาที่กำหนด

หัวข้อ	รายละเอียด
คุณสมบัติของผู้สมัคร	1. ผู้ดำรงตำแหน่งหรืออยู่ระหว่างรักษาการในตำแหน่งหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าผู้ตรวจการ หรือตำแหน่งที่เทียบเท่า 2. ผู้ที่หน่วยงานพิจารณาเห็นว่ามีความสามารถที่จะขึ้นสู่ตำแหน่งบริหารระดับหัวหน้างานในอนาคต
วิธีการคัดเลือก	1. หน่วยงานต้นสังกัดส่งรายชื่อ และเอกสารของผู้สมัครมาที่ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ภายในระยะเวลาที่กำหนด 2. พิจารณาจากความจำเป็นของหน่วยงาน ประโยชน์ที่หน่วยงานจะได้รับ ความพร้อมของผู้สมัคร หมายเหตุ: ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกต้องสามารถเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการได้ตลอดหลักสูตร
เอกสารประกอบการสมัครเข้าอบรม	1. ใบสมัครเข้ารับการอบรมที่มีคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาขององค์กร โปรดนำส่งทาง: - ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Email: parichat.man@mahidol.ac.th / chantanee.cha@mahidol.ac.th - ฉบับจริง กรุณานำส่งที่: นางสาวปาริฉัตร มณีศรีวิทยา (ตามที่อยู่ด้านล่าง) 2. รูปถ่ายสี พื้นหลังสีขาว จำนวน 1 รูป (ติดลงในใบสมัคร)
การรับสมัคร	ตั้งแต่วันที่ 22 กรกฎาคม ถึง 1 ตุลาคม 2562
ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือก	วันที่ 11 ตุลาคม 2562 ผ่านช่องทาง www.med.mahidol.ac.th/has/th หรือ หนังสือตอบรับผู้ผ่านการคัดเลือกทาง Email
ชำระเงินค่าลงทะเบียน	ตั้งแต่วันที่ 11 ตุลาคม ถึง 1 พฤศจิกายน 2562 *ผู้สมัครภายนอกคณะฯ สามารถ download แบบฟอร์มการชำระเงิน ได้ที่ http://med/mahidol.ac.th/has/th *ผู้สมัครภายในคณะฯ สามารถ download แบบฟอร์มการตัดโอนค่าลงทะเบียนได้ที่เว็บไซต์ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล *กรณีมีผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกและชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้ว ไม่สามารถเรียกเงินคืนได้ทุกรณี
วันเปิดการอบรม (โปรดแต่งกายสุภาพ ชุดสูทหรือชุดสถาบัน เพื่อถ่ายภาพหมู่และภาพเดี่ยวจัดทำทำเนียบรุ่น)	วันจันทร์ที่ 11 พฤศจิกายน 2562 เวลา 08.30 น. ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ เนื่องจากคณะฯ มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่จอดรถ ท่านสามารถนำรถมาจอดได้ที่ลานจอดรถคณะฯ ซอยสวนเงิน หรือ โดยสารรถประจำทางสาธารณะ และขออภัยในความไม่สะดวกมา ณ โอกาสนี้



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 02 201 1547, 02 201 0828, 02 201 1274, 02 201 0800
โทรสาร 02 354 7296 Website: www.med.mahidol.ac.th/has/th



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ 6

1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณาเขียนตัวบรรจง 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).....
ที่อยู่ทำงานปัจจุบัน
 เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
 โทรสาร.....มือถือ.....Email (ตัวบรรจง).....
ที่อยู่ (เพื่อการจัดส่งเอกสาร) ใช้ที่อยู่ทำงานปัจจุบัน
 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

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.....ขอรับรองว่าข้อมูลของผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

" (.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ:

- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจนส่งมาทาง Email: parichat.man@mahidol.ac.th
- เอกสารใบสมัครฉบับจริงกรุณานำส่งไปรษณีย์อีกครั้ง เรียน: นางสาวปาริฉัตร มนัสศิริวิทยา (ตามที่อยู่ด้านล่าง)
- สอบถามข้อมูลและยืนยันการชำระเงิน ได้ที่ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล สำนักงานการศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาล รามาธิบดี ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. โทรศัพท์ 02 201 1547, 02 201 0828, 02 201 1274, 02 201 0800 โทรสาร 02 354 7296 Website: <http://med.mahidol.ac.th/has/>