



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่..... 9889
วันที่..... 16 ต.ค. 2562
เวลา..... 08.59

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ แขวงทุ่งพญาไท

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ ๐๒ ๒๐๑ ๑๕๔๗ โทรสาร ๐๒ ๓๕๕ ๗๒๙๖

ที่ อว ๗๘.๐๖/ว. ๑๐๓๒๒

วันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอบเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หลักสูตร “การบริหารโรงพยาบาล” รุ่นที่ ๔๙

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

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เปิดอบรมหลักสูตรต่างๆสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งดำเนินการมาแล้วกว่า ๔๙ ปี และได้ออกแบบต่อยอดหลักสูตรการบริหารโรงพยาบาล ให้มีความล้ำสมัยและครอบคลุมสภาพแวดล้อมทางธุรกิจโรงพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

ในปี ๒๕๖๓ ทางโรงเรียนฯได้เปิดการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรสาขา “การบริหารโรงพยาบาล” รุ่นที่ ๔๙ ขึ้น ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน - ๒๓ กันยายน ๒๕๖๓ ให้แก่ผู้บริหารโรงพยาบาล ระดับผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการ หัวหน้าภาควิชา หรือบุคลากรที่ทำหน้าที่ด้านการบริหารโรงพยาบาล โดยมีค่าลงทะเบียนท่านละ ๑๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นบาทถ้วน) \*ไม่รวมค่าใช้จ่ายการศึกษาต่างประเทศ (ตามความสมัครใจ) รับจำนวน ๕๐ คน (เรียนวันจันทร์ ถึงพุธ/หรือวันอื่นในกรณีพิเศษตามที่หลักสูตรกำหนด) ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือกวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๓ และชำระค่าลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม ถึง ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓

ทางโรงเรียนฯ ขอเชิญ ท่าน ส่งบุคลากรที่มีศักยภาพเข้าอบรมในหลักสูตรดังกล่าวข้างต้น โดยจะเปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๒ ถึง ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ขอให้ท่านนำส่งใบสมัครการอบรมมาที่ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้น ๘ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ ๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ทางโรงเรียนฯหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้มีโอกาสได้ร่วมพัฒนาศักยภาพผู้บริหารของท่าน

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอลิสสา ลิ้มสุวรรณ)

รองคณบดีฝ่ายโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คุณสมบัติและหลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าอบรม  
หลักสูตร “การบริหารโรงพยาบาล” รุ่นที่ 49 ประจำปี 2563

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ได้ตระหนักถึงความตั้งใจและความสำคัญของผู้สมัครทุกท่าน อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการบริหารจำเป็นต้องรักษาระเบียบ เพื่อให้การสมัครสามารถดำเนินการได้ทันต่อระยะเวลาที่กำหนด

หัวข้อ	รายละเอียด
คุณสมบัติของผู้สมัคร	1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/รองผู้อำนวยการ/ผู้บริหารโรงพยาบาล/หัวหน้ากลุ่มงาน 2. พยาบาลวิชาชีพ/เภสัชกร/บุคลากรที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับกลางหรือเทียบเท่าทั้งภาครัฐและภาคเอกชน 3. ผู้บริหารในสายวิชาชีพหรือปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์และสาธารณสุข
วิธีการคัดเลือก	หน่วยงานต้นสังกัด พิจารณาจากความจำเป็นของหน่วยงาน ประโยชน์ที่หน่วยงานจะได้รับ ความพร้อมของผู้สมัคร *ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกต้องสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาอบรม
เอกสารประกอบการสมัครเข้าอบรม	1. ใบสมัครเข้ารับการอบรมที่มีคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาขององค์กร โปรดส่งทาง: - ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Email: parichat.man@mahidol.ac.th) - ฉบับจริง กรุณานำส่งที่: นางสาวปาริฉัตร มนต์ศิริวิทยา (ตามที่อยู่ด้านล่าง) 2. รูปถ่ายสีพื้นหลังสีขาว จำนวน 1 รูป (ติดลงในใบสมัคร)
การรับสมัคร	ตั้งแต่วันที่ 18 ตุลาคม 2562 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2563
ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือก	วันที่ 16 มีนาคม 2563 ผ่านช่องทาง <a href="http://www.med.mahidol.ac.th/has/th">www.med.mahidol.ac.th/has/th</a> หรือ หนังสือตอบรับผู้ผ่านการคัดเลือกทาง Email
ชำระเงินค่าลงทะเบียน	ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม ถึง 15 พฤษภาคม 2563 *ผู้สมัครภายนอกคณะฯ สามารถ download แบบฟอร์มการชำระเงินได้ที่ <a href="http://med.mahidol.ac.th/has/th">http://med.mahidol.ac.th/has/th</a> *ผู้สมัครภายในคณะฯ สามารถ download แบบฟอร์มการตัดโอนค่าลงทะเบียนได้ที่เว็บไซต์ฝ่ายทรัพยากรบุคคล *กรณีผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกและชำระเงินแล้ว ไม่สามารถเรียกเงินคืนได้ทุกกรณี
วันเปิดการอบรม	วันจันทร์ที่ 1 มิถุนายน 2563 เวลา 08.30 น. ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [โปรดแต่งกายสุภาพชุดสูทหรือสูทสถาบัน เพื่อถ่ายภาพหมู่ และภาพเดี่ยวเพื่อจัดทำทำเนียบรุ่น]
การศึกษาดูงานต่างประเทศ	ทางโรงเรียนฯ จะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง สำหรับค่าใช้จ่าย ผู้เข้าอบรมเป็นผู้รับผิดชอบเอง หรือเบิกงบประมาณจากต้นสังกัด (เลือกตามความสมัครใจของผู้เข้าอบรม)

หมายเหตุ เนื่องจากคณะฯ มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่จอดรถ ท่านสามารถนำรถมาจอดได้ที่ลานจอดรถคณะฯ ขอยสวณเงิน หรือ โดยสารถประจำทางสาธารณะ และขอภัยในความไม่สะดวกมา ณ โอกาสนี้



มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

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



## ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร “การบริหารโรงพยาบาล” รุ่นที่ 49

1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณาเขียนตัวบรรจง 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.....			
ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....		☆ ชื่อเล่น..... ส่วนสูง ..... ซม.	
ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) <u>ตัวพิมพ์ใหญ่</u>			
NAME (MR./MRS./MISS).....		SURNAME.....	
อายุ.....ปี		วัน เดือน ปี เกิด.....	
		สถานภาพ <input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> สมรส	
กรณีเดินทางไปดูงาน ณ ต่างประเทศ (โปรดกรอกข้อมูลเลขที่หนังสือเดินทาง)			
เลขที่หนังสือเดินทาง.....		วันที่ออก.....วันหมดอายุ.....	
ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาไทย).....			
ชื่อตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาอังกฤษ).....			
ชื่อหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาไทย).....			
ชื่อหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาอังกฤษ).....			
<u>ที่อยู่ทำงานปัจจุบัน</u>			
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....			
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....			
โทรสาร.....มือถือ.....Email (ตัวบรรจง).....			
<u>ที่อยู่ปัจจุบัน</u> (เพื่อการจัดส่งเอกสาร) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="radio"/> ใช้ที่อยู่ทำงานปัจจุบัน			
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/ผู้บังคับบัญชา หลังจาก ท่าน จบหลักสูตรนี้

.....  
.....

7) ข้อตกลงของผู้สมัคร

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุก  
ประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

ลงชื่อ.....  
(.....)  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ:**
- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมาทาง Email: [parichat.man@mahidol.ac.th](mailto:parichat.man@mahidol.ac.th)
  - สอบถามข้อมูลตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. โทร. 02 201 1547, 02 201 0828, 02 201 1274, 02 201 0800
  - Website: <http://med.mahidol.ac.th/has/>
  - **นำส่งใบสมัครฉบับจริง:** คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400