

งานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน
 รับวันที่ 9/กค, 62
 เวลา 15.00 น.
 เลขที่รับ 419



สอบบันทึกสภาสุขภาพระดับเมือง
 รับวันที่ 9 / กค. / 62
 เขตที่ 2023
 เวลา 11.30 น.

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ แขวงทุ่งพญาไท

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ ๐๒ ๒๐๑ ๑๕๕๗, ๐๒ ๒๐๑ ๐๘๒๘

ที่ อว ๓๘.๐๖/ว. ๒๕๗๗

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) ให้สามารถบริหารจัดการงานต่างๆให้เป็นไปด้วยความเหมาะสมและสอดคล้องกันในทุกๆระดับ 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 แพทย์หญิงอติสา ลิ้มสุวรรณ)

รองคณบดีฝ่ายโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

www

นางสาวเกศรา ไชยนาชยศิริ

นางสาวเกศรา ไชยนาชยศิริ

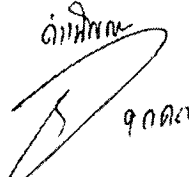
มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม
 (นางสาวเกศรา ไชยนาชยศิริ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
 หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน

เรียน ผู้กำกับการสถานี,
เพื่อทราบทราบ และเพื่อ
กลุ่มงานที่ขอจัดซื้อ, ความจำเป็น
ของไปรษณีย์ ๐๒ เมือง...

๗-๐๗๐๒
(ทราบรับ ๐๗๐๒)

๘ ก.ค. ๖๒

ดำเนิน

๙ ก.ค. ๖๒

(นาย योगยส หัตถพรสวรรค์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) รักษาการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คุณสมบัติและหลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าอบรม
หลักสูตร “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ 6 ประจำปี 2562

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ได้ตระหนักถึงความตั้งใจและความสำคัญของผู้สมัครทุกท่าน
อย่างไรก็ตาม คณะผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องรักษาระเบียบเพื่อให้การสมัครสามารถดำเนินการได้ทันต่อระยะเวลาที่กำหนด

หัวข้อ	รายละเอียด
คุณสมบัติของผู้สมัคร	1. ผู้ดำรงตำแหน่งหรืออยู่ระหว่างรักษาการในตำแหน่งหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าผู้ตรวจการ หรือตำแหน่งที่เทียบเท่า 2. ผู้ที่หน่วยงานพิจารณาเห็นว่ามีความรู้ความสามารถที่จะขึ้นสู่ตำแหน่งบริหารระดับหัวหน้างานในอนาคต
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 มนต์ศิริวิทยา (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 แบบฟอร์มการตัดโอนค่าลงทะเบียนได้ที่เว็บไซต์ฝ่ายทรัพยากรบุคคล *กรณีมีผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกและชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้ว ไม่สามารถเรียกเงินคืนได้ทุกรณี
วันเปิดการอบรม (โปรดแต่งกายสุภาพ ชุดสูทหรือสูทสตรีสำหรับ) เพื่อถ่ายภาพหมู่และภาพเดี่ยวจัดทำเนียบรุ่น	วันจันทร์ที่ 11 พฤศจิกายน 2562 เวลา 08.30 น. ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ เนื่องจากคณะฯ มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่จอดรถ ท่านสามารถนำรถมาจอดได้ที่ลานจอดรถคณะฯ ขอสงวนเงิน 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 <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.....			
		★ ชื่อเล่น..... ส่วนสูง ซม.	
ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....			
ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ตัวพิมพ์ใหญ่			
NAME (MR./MRS./MISS).....		SURNAME.....	
อายุ.....ปี วัน เดือน ปี เกิด..... สถานภาพ <input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="radio"/> ใช้ที่อยู่ที่ทำงานปัจจุบัน			
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 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: parichat.man@mahidol.ac.th
- เอกสารใบสมัครฉบับจริงกรุณานำส่งไปรษณีย์อีกครั้ง เรียน: นางสาวปาริฉัตร มนต์ศิริวิทยา (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/>