



สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง
 วันที่ 19 / ก.ย. / 62
 เลขที่ 2649
 เวลา 13.30 น.
 5-23 ก.ย.

งานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน
 รับประทานอาหาร
 รับประทาน 23 ก.ย 62
 เวลา 13.00
 เลขที่รับ 911

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 เลขที่ ๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ แขวงทุ่งพญาไท
 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
 โทรศัพท์ ๐๒ ๒๐๑ ๐๘๒๘ โทรสาร ๐๒ ๓๕๕ ๗๒๙๖

ที่ อว ๗๘.๐๖/ว. ๑๐๐๕๖

วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หลักสูตร "การบริหารระบบสารสนเทศทางการแพทย์" รุ่นที่ ๑๐
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/อธิการบดี/คณบดี/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนัก/ศูนย์/หัวหน้า
 กลุ่มงานภาครัฐและเอกชน

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เปิดอบรม
 หลักสูตรต่างๆสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งดำเนินการมาแล้วกว่า ๔๘ ปี และได้ออกแบบ
 ต่อยอดหลักสูตรการบริหารระบบสารสนเทศทางการแพทย์ให้มีความล้ำสมัยและครอบคลุมสภาพแวดล้อมทางธุรกิจ
 โรงพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เพื่อตอบรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล

ในปี ๒๕๖๓ ทางโรงเรียนฯ ได้เปิดการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรสาขา "การบริหารระบบสารสนเทศ
 ทางการแพทย์" รุ่นที่ ๑๐ ขึ้น ระหว่างวันที่ ๖ มกราคม - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๓ ให้แก่หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย/ส่วนงาน/ผู้จัดการ
 งานไอซีที ที่สนับสนุนการดำเนินงานของผู้บริหาร ในระดับผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้สนใจทั่วไป โดยมีค่าลงทะเบียน
 ท่านละ ๘๒,๐๐๐ บาท (แปดหมื่นสองพันบาทถ้วน) *ไม่รวมค่าศึกษาดูงานต่างประเทศและไม่บังคับการดูงานต่างประเทศ
 รับจำนวน ๓๐ คน (เรียนวันจันทร์ ถึงพุธ/หรือวันอื่นในกรณีพิเศษตามที่หลักสูตรกำหนด) ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือก
 วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ และชำระค่าลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ ๑๑ ถึง ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๒

ทางโรงเรียนฯ ขอเชิญ ท่าน ส่งบุคลากรที่มีศักยภาพเข้าอบรมในหลักสูตรดังกล่าวข้างต้น โดยจะเปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่
 ๑๙ สิงหาคม ถึง ๒ ธันวาคม ๒๕๖๒ ขอให้ท่านนำส่งใบสมัครการอบรมมาที่ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้น ๘ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และ
 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ ๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

สำหรับข้าราชการ สามารถเข้าอบรมได้โดยไม่ต้องเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาและมีสิทธิ์เบิก
 ค่าธรรมเนียมจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบทางราชการ ผู้สนใจสามารถ Download เอกสารการสมัครและแผ่นพับหลักสูตร
 ได้ที่ www.med.mahidol.ac.th/has/th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ทางโรงเรียนฯหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้มีโอกาสได้ร่วมพัฒนาศักยภาพผู้บริหารของท่าน

*เขียน ผู้บริหารกรม
 เพื่อไปอบรม และ
 เห็นควรแล้ว กลุ่มงานพัฒนาระบบ
 ความ ต้นใจยุทธ ๑๒/๑๑ ๑๒/๑๑
 พรุ่งนี้*

*รท
 (นร)*

(นายเกษม เวชสุทธานนท์)

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ 5 ปี มีชัยเป็นพลี

ขอแสดงความนับถือ

As

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอลิสสา ลิ้มสุวรรณ)

รองคณบดีฝ่ายโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่แทน ๔๗ กทช

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (นางสาวเกศิรา โชคนำชัยสิริ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร “การบริหารระบบสารสนเทศทางการแพทย์” รุ่นที่ 10

1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณากรอกข้อมูลตัวบรรจง ชัดเจน และถูกต้อง)

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

*กรณีเดินทางไปดูงาน ณ ต่างประเทศ (โปรดกรอกข้อมูลเลขที่หนังสือเดินทาง)

เลขที่หนังสือเดินทาง.....วันที่ออก.....วันหมดอายุ.....

ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาไทย).....

ชื่อตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาอังกฤษ).....

ชื่อหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาไทย).....

ชื่อหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาอังกฤษ).....

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรสาร.....มือถือ.....Email (ตัวบรรจง).....

ที่อยู่ปัจจุบัน (เพื่อการจัดส่งเอกสาร) ใช้ที่อยู่ปัจจุบัน

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/ผู้บังคับบัญชา หลังจาก ท่าน จบหลักสูตรนี้

7) ข้อตกลงของผู้สมัคร

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ:

- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมาทาง Email: phachisa.pha@mahidolac.th
- สอบถามข้อมูลตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. โทร. 02 201 0828, 02 201 1547, 02 201 1274, 02 201 0800
- Website: <http://med.mahidolac.th/has/>
- นำส่งใบสมัครฉบับจริง: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คุณสมบัติและหลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าอบรม

หลักสูตร “การบริหารระบบสารสนเทศทางการแพทย์” รุ่นที่ 10 ประจำปี 2563

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ได้ตระหนักถึงความตั้งใจและความสำคัญของผู้สมัครทุกท่าน อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการบริหารหลักสูตรจำเป็นต้องรักษาระเบียบ เพื่อให้การสมัครสามารถดำเนินการได้ทันต่อระยะเวลาที่กำหนด

คุณสมบัติของผู้สมัครเข้าอบรม	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/รองผู้อำนวยการศูนย์/สำนัก ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ • หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย/ส่วนงาน/ผู้จัดการไอซีทีที่สนับสนุนการดำเนินงานของผู้บริหารระดับสูง • นักเวชสถิติ, นักเวชระเบียน, ผู้ดูแลระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์และระบบฐานข้อมูลทางการแพทย์, นักวิเคราะห์และพัฒนาระบบด้านสารสนเทศทางการแพทย์ • บุคคลที่สนใจทั่วไป
วิธีการคัดเลือก	หน่วยงานต้นสังกัด พิจารณาจากความจำเป็นของหน่วยงาน ประโยชน์ที่หน่วยงานจะได้รับ ความพร้อมของผู้สมัคร *ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกต้องสามารถเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการได้ตลอดระยะเวลาอบรม
เอกสารประกอบการสมัครเข้าอบรม	1.ใบสมัครเข้ารับการอบรมที่มีคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาขององค์กร โปรดส่งทาง: - ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Email: phachisa.pha@mahidolac.th) - ฉบับจริง กรุณานำส่งที่: นางสาวภิษษา ภักระติยะกุล (ตามที่อยู่ด้านล่าง) 2.รูปถ่ายสีพื้นหลังสีขาว จำนวน 1 รูป (ติดลงในใบสมัคร)
การรับสมัคร	ตั้งแต่วันที่ 19 สิงหาคม ถึง 2 ธันวาคม 2562
ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือก	วันที่ 11 ธันวาคม 2562 ผ่านช่องทาง www.med.mahidol.ac.th/has/th หรือ หนังสือตอบรับผู้ผ่านการคัดเลือกทางไปรษณีย์ หรือทาง Email
ชำระเงินค่าลงทะเบียน	ตั้งแต่วันที่ 11 ถึง 30 ธันวาคม 2562 *ผู้สมัครภายนอกคณะฯ สามารถ download แบบฟอร์มการชำระเงินได้ที่ http://med.mahidol.ac.th/has/th *ผู้สมัครภายในคณะฯ สามารถ download แบบฟอร์มการตัดโอนค่าลงทะเบียนได้ที่เว็บไซต์ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล *กรณีมีผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกและชำระเงินแล้ว ไม่สามารถเรียกเงินคืนได้ทุกกรณี
พิธีเปิดการอบรม	วันจันทร์ที่ 6 มกราคม 2563 เวลา 08.30 น. ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [โปรดแต่งกายสุภาพชุดสูทหรือชุดสถาบัน เพื่อถ่ายภาพหมู่ และภาพเดี่ยวเพื่อจัดทำทำเนียบรุ่น]

หมายเหตุ เนื่องจากคณะฯ มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่จอดรถ ท่านสามารถนำรถมาจอดได้ที่ลานจอดรถของสวนเงิน หรือ โดยสารรถประจำทางสาธารณะ และขอภัยในความไม่สะดวกมา ณ โอกาสนี้



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี 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