

งานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน

รับวันที่ 17 ต.ค 62
 เวลา 9.30
 เลขที่รับ 997



สถาบันพัฒนาสุขภาพภาคเหนือ

รับวันที่ 15 / ต.ค / 62
 เลขที่ 2963
 เวลา 11.00 น.

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 เลขที่ ๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ แขวงทุ่งพญาไท
 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
 โทรศัพท์ ๐๒ ๒๐๑ ๑๕๔๗ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๗๒๕๖

ที่อนุ ๗๘.๐๖/ว. ๑๐๓๒๒

วันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หลักสูตร “การบริหารโรงพยาบาล” รุ่นที่ ๔๔

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

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เปิดอบรม
 หลักสูตรต่างๆสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งดำเนินการมาแล้วกว่า ๔๔ ปี และได้ออกแบบต่อ
 ยอดหลักสูตรการบริหารโรงพยาบาล ให้มีความทันสมัยและครอบคลุมสภาพแวดล้อมทางธุรกิจโรงพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไป
 อย่างรวดเร็ว

ในปี ๒๕๖๓ ทางโรงเรียนฯได้เปิดการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรสาขา “การบริหารโรงพยาบาล” รุ่นที่ ๔๔
 ขึ้น ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน - ๒๓ กันยายน ๒๕๖๓ ให้แก่ผู้บริหารโรงพยาบาล ระดับผู้อำนวยการโรงพยาบาล รอง
 ผู้อำนวยการ 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 โดยจะเปิดรับสมัคร
 ตั้งแต่วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๒ ถึง ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ขอให้ท่านนำส่งใบสมัครการอบรมมาที่ โรงเรียนการบริหารงาน
 โรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้น ๘ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้าน
 การแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ ๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ทางโรงเรียนฯหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้มีโอกาสได้ร่วมพัฒนาศักยภาพผู้บริหารของท่าน

*เรียน ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพภาคเหนือ
 เพื่อไปขอใบสมัคร และใบสมัคร
 ๑.ชื่อคนส่งใบสมัคร (นายเกษม วัฒนคุณานนท์)
 ตำแหน่งในกรม (ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพภาคเหนือ)
 ๗. ๑๖๖๖ (โทรภายใน ๐๗๒๐)
 ๑๕ ต.ค. ๖๒*

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอลิสา ลิ้มสุวรรณ)

รองคณบดีฝ่ายโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่แทน
 คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นายเกษม วัฒนคุณานนท์
 17-01-1701

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพภาคเหนือ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

(นางสาวเกศรา โชคนำชัยสิทธิ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คุณสมบัติและหลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าอบรม
หลักสูตร “การบริหารโรงพยาบาล” รุ่นที่ 49 ประจำปี 2563

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ได้ตระหนักถึงความตั้งใจและความสำคัญของผู้สมัครทุกท่าน อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการบริหารจำเป็นต้องรักษาระเบียบ เพื่อให้การสมัครสามารถดำเนินการได้ทันต่อระยะเวลาที่กำหนด

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 www.med.mahidol.ac.th/has/th หรือ หนังสือตอบรับผู้ผ่านการคัดเลือกทาง Email
ชำระเงินค่าลงทะเบียน	ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม ถึง 15 พฤษภาคม 2563 *ผู้สมัครภายนอกคณะฯ สามารถ download แบบฟอร์มการชำระเงินได้ที่ http://med.mahidol.ac.th/has/th *ผู้สมัครภายในคณะฯ สามารถ download แบบฟอร์มการตัดโอนค่าลงทะเบียนได้ที่เว็บไซต์ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล *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 ชวยสวนเงิน หรือ โดยสารรถประจำทางสาธารณะ และขอภัยในความไม่สะดวกมา ณ โอกาสนี้



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และ
โรงพยาบาลรามาธิบดี 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



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร "การบริหารโรงพยาบาล" รุ่นที่ 49

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

กรณีเดินทางไปดูงาน ณ ต่างประเทศ (โปรดกรอกข้อมูลเลขที่หนังสือเดินทาง)

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

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).....

ที่อยู่ปัจจุบัน (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	ปีสำเร็จการศึกษา

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 และจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของ 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: parichat.man@mahidoLac.th
- สอบถามข้อมูลตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. โทร. 02 201 1547, 02 201 0828, 02 201 1274, 02 201 0800
- Website: <http://med.mahidoLac.th/has/>
- นำส่งใบสมัครฉบับจริง: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400