



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ฝ่ายทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ 0 2201 2585 ต่อ 190 – 194 โทรสาร 0 2201 1587

E-mail : warunya.nat@mahidol.ac.th หรือ Aphinat.att@mahidol.ac.th

ลำดับที่.....

กรุณาติดรูป

ขนาด 2 นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรม

- หลักสูตร ผู้บริหารระดับต้น ☐ รุ่นที่ 1 ระหว่างวันพุธที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง วันพุธที่ 29 มีนาคม 2560
☐ รุ่นที่ 2 ระหว่างวันอังคารที่ 2 พฤษภาคม ถึง วันอังคารที่ 27 มิถุนายน 2560
☐ รุ่นที่ 3 ระหว่างวันอังคารที่ 1 สิงหาคม ถึง วันอังคารที่ 26 กันยายน 2560

(กรุณารอกข้อมูลตัวบรรจงให้ครบถ้วน ชัดเจนและถูกต้อง เพื่อใช้ในการออกใบประกาศนียบัตร)

1. รายละเอียดส่วนตัว

ตำแหน่งทางวิชาการ ☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์ ☐ ดร.
☐ นายแพทย์ ☐ แพทย์หญิง ☐ อื่น ๆ.....
ชื่อ (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....
Name (English) (MR./Mrs./Miss)..... Surname.....
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ..... ปี เดือน ส่วนสูง ซม.
เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐
ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ประเภทอาหาร ☐ ไทย ☐ อิสลาม ☐ มังสวิรัติ
มีอาหารแพ้หรือไม่รับประทาน ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)
หมายเลขโทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ.....
โทรสาร..... E-mail address : (โปรดระบุ)

2. สถานที่ทำงานปัจจุบัน

ชื่อหน่วยงาน / องค์กร
เลขที่ หมู่ที่ / อาคาร
ซอย ถนน
ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ☐☐☐☐☐
ตำแหน่ง ระดับ
หมายเลขโทรศัพท์สำนักงาน โทรสาร
ผู้ประสานงาน/เลขานุการ/บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน
หมายเลขโทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ฝ่ายทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ 0 2201 2585 ต่อ 190 – 194 โทรสาร 0 2201 1587

E-mail : warunya.nat@mahidol.ac.th หรือ Aphinat.att@mahidol.ac.th

3. ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-โท-เอก ตามลำดับ)

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ/สาขาวิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

4. ประวัติการทำงาน

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	สังกัด	หน้าที่ความรับผิดชอบ

5. ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

.....

.....

.....

6. ท่านเคยผ่านการอบรมทางด้านการบริหาร หรือหลักสูตรอื่นมาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุ)

หลักสูตร	รุ่น/ปีการศึกษา	หมายเหตุ

7. ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรกำหนดได้ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติของ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ฝ่ายทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ 0 2201 2585 ต่อ 190 – 194 โทรสาร 0 2201 1587

E-mail : warunya.nat@mahidol.ac.th หรือ Aphinat.att@mahidol.ac.th

8. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
 ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริง
 ทุกประการและยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร
 ลงชื่อ.....
 (.....)
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

- หมายเหตุ :
- กรุณารอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน และกรุณาส่งเอกสารฉบับจริงมาที่ นางสาววรัญญา นาถึง ฝ่ายทรัพยากรบุคคล งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล หน่วยฝึกอบรมและพัฒนา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อาคาร 3 ชั้น 6
 - สอบถามข้อมูล และยืนยันการชำระเงินต่อเมื่อประกาศผลเรียบร้อยแล้ว ที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคล งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล หน่วยฝึกอบรมและพัฒนา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี อาคาร 3 ชั้น 6 ทุกวัน ในเวลาราชการ (08.30 – 16.30 น.) เบอร์โทรศัพท์ 0 2201 2585 ต่อ 190 – 194 โทรสาร 0 2201 1587