

ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๕๐๒.๖/ว ๑๙๙๙

ถึง จังหวัดทุกจังหวัด



ด้วยสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย ได้มีหนังสือ ที่ มท ๐๒๐๗.๕/ว ๔๑๑๙ ลงวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๗ แจ้งว่าสถาบันมหิตลาธิเบศร ได้จัดการศึกษาอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ ๑๑ (ปรพ.๑๑) โดยมีรายละเอียดในการศึกษาอบรมดังกล่าวสรุปได้ ดังนี้

๑) คุณสมบัติของผู้เข้าอบรม

๑.๑) ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้ (ข้าราชการระดับ ๙ ขึ้นไป หรือเทียบเท่าเดิม)

- (๑) ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทบริหารระดับต้นขึ้นไป
- (๒) ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับสูง
- (๓) ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป

๑.๒) ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ไม่น้อยกว่า ๓ ปี หรือผู้ดำรงตำแหน่งอื่นที่ปฏิบัติราชการเช่นเดียวกับประเภทอำนวยการมาแล้วไม่น้อยกว่า ๓ ปี

๑.๓) ผู้สมัครจะต้องไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกันกับการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่น ๑๑ (ปรพ.๑๑)

๑.๔) ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป

๑.๕) มีอายุไม่ต่ำกว่า ๔๘ ปี และไม่เกิน ๖๕ ปี (นับจนถึงวันรับสมัคร)

๒) ระยะเวลาการอบรม

ระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๖๗ - สิงหาคม ๒๕๖๘ ทุกวันศุกร์และวันเสาร์บางสัปดาห์ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นกรณีศึกษาดูงานต่างจังหวัดและต่างประเทศ) ณ อาคารมหิตลาธิเบศร กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี หรือสถานที่ที่สถาบัน ฯ กำหนด

๓) ค่าใช้จ่าย

๓.๑) ค่าธรรมเนียมตลอดหลักสูตร ๑๕๙,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนห้าหมื่นเก้าพันบาทถ้วน)

๓.๒) ค่าเสื้อชุดของหลักสูตร ค่าใช้จ่ายประมาณ ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

๓.๓) ค่าสมาชิกชมรมนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง ค่าใช้จ่ายประมาณ ๑,๐๐๐ บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ทั้งนี้ กรมที่ดินกำหนดให้ผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรมเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเองตลอดหลักสูตร

/จึงเรียนมา...

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกัน หากข้าราชการ
ผู้มีคุณสมบัติและประสงค์จะเข้ารับการอบรม ให้สมัครได้โดยตรงผ่านระบบออนไลน์ที่ www.mdi.or.th
ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๗ รายละเอียดตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้



Handwritten signature/initials.

กองการเจ้าหน้าที่

เรียน จพด.

โทร. ๐ ๒๑๔๑ ๕๖๑๔

✓ - เพื่อโปรดทราบ

โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๙๘๔

✓ เห็นความชอบหมาย

☒ ฝ่ายอำนวยการ ☐ ฝ่ายรังวัด

☐ กลุ่มงาน ☐ ฝ่ายควบคุมฯ

☐ ฝ่ายทะเบียน

☒ แจ้งทุกสำนักงาน กลุ่มฯ/ฝ่าย ทราบ ปฏิบัติ

☐

(นางสาวปณยา บุญณณ์)

๑๖ ก.ย. ๒๕๖๗

Handwritten signature/initials.

(นางเนตรองงค์ แก้วเหนือ)

เจ้าหน้าที่งานธุรการอาวุโส

๑๖ ก.ย. ๒๕๖๗

รายละเอียดเพิ่มเติม



อก.

Handwritten signature/initials.

(นางสุจิตร์ สุขสว่าง)

เจ้าหน้าที่กินจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

๑๖ ก.ย. ๒๕๖๗

ด่วนที่สุด

ที่ สข ๐๐๒๐.๑/ว ๑๕๓๒๓

เรียน เจ้าพนักงานที่ดินจังหวัดสงขลา สาขาทุกสาขา

สำนักงานที่ดินจังหวัดสงขลา ขอส่งสำเนาหนังสือ
กรมที่ดิน ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๕๐๒.๖/ว ๑๙๓๘๘ ลงวันที่
๑๒ กันยายน ๒๕๖๗ เรื่อง อบรมหลักสูตรประกาศนียบัตร
ธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่
๑๑ (ปพพ.๑๑) มาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ



(นางเนตรอนงค์ แก้วมณี)

เจ้าพนักงานธุรการอาวุโส ปฏิบัติราชการแทน

เจ้าพนักงานที่ดินจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

๑๘ ก.ย. ๒๕๖๗



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษ

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง

เริ่มกรอกข้อมูลใบสมัคร

ไปที่ข้อมูลที่เคยบันทึก

ใบสมัครเข้ารับการศึกษ

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 ปีการศึกษา พ.ศ. 2567

ใบสมัครประกอบด้วยเอกสาร 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 รายละเอียดการรับสมัคร
- ส่วนที่ 2 การรับสมัคร
- ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองจากหัวหน้าหน่วยงาน (สำหรับผู้สมัครที่ต้องขออนุมัติต้นสังกัดเพื่อขอสมัคร)
- ส่วนที่ 4 หนังสือรับรอง (สำหรับผู้สมัครจากภาคเอกชนที่ไม่ต้องขออนุมัติต้นสังกัดหรือผู้สมัครที่ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร/เจ้าของกิจการ) ผู้สมัครจะต้องให้บุคคลอื่นเป็นผู้รับรอง

หลักฐานประกอบการสมัคร

1. แบบฟอร์มใบสมัครที่ผู้สมัครดำเนินการกรอกใบสมัครออนไลน์
2. รูปถ่ายสีหน้าตรง ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน (แนบไฟล์ในขั้นตอนที่ 4)
3. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
5. สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

กรณีเอกสาร

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขออนุญาตรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน ขออนุญาตรับรองหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

การรับสมัคร

1. สมัครออนไลน์ระหว่างวันที่ 1 - 30 กันยายน 2567 เท่านั้น
2. ในการสมัคร ผู้สมัครหรือตัวแทนผู้สมัครดำเนินการกรอกใบสมัครออนไลน์ ผู้สมัครต้องดำเนินการแนบเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาคัดเลือก
3. ในการสมัคร ผู้สมัครหรือตัวแทนของผู้สมัครต้องนำส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วน และแนบหลักฐานการสมัครครบถ้วนตามที่กำหนด โดยสามารถยื่นใบสมัครได้ที่ (1) สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย ทั้งนี้ สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย จะได้รับใบสมัครที่มีหลักฐานไม่ครบตามที่กำหนด ไม่รับใบสมัครทางโทรสาร (Fax) หรือ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Email)

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย อาคารบัณฑิตวิทยาลัย ชั้น 9 เลขที่ 88/19 ซอยสาทรเลข 8 กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 อีเมล : mtbggm@gmail.com เบอร์โทร : 0-2591-0049, 081-090-9000

คุณสิริภพ ยวสุต หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984

คุณเพชรพนธ์ รังคเสถียร หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629

คุณเอ็มพร ศรีเคลือบ หมายเลขโทรศัพท์ 062-001-1554

คุณวีระยุทธ รันโทม หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษาศึกษา

การสมัครเข้ารับการคัดเลือก ผู้สมัครต้องศึกษารายละเอียดคุณสมบัติประเภทต่างๆ ในประกาศ สถาบันมหิตลาธิเบศร เรื่องคุณสมบัติและการคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษาศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาล ทางการศึกษาสำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 ซึ่งกำหนดว่าบุคคลที่สามารถสมัครเข้ารับการศึกษาศึกษาอบรมในหลักสูตรได้ จะต้องเป็นผู้บริหารในสายวิชาชีพหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ หรือผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีอายุไม่เกิน 48 ปี (นับจนถึงวันหมดเขตรับสมัคร) โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. สมาชิกสภาผู้ราษฎร สมาชิกวุฒิสภา ข้าราชการการเมือง (ซึ่งได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง) และข้าราชการรัฐสภาฝ่ายการเมือง (ซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายรัฐสภา)
2. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้ (ข้าราชการระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่าเดิม)
 - ๑. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทบริหารระดับต้นขึ้นไป
 - ๑. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับสูง
 - ๑. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป
3. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือ ผู้ดำรงตำแหน่งอื่นที่ปฏิบัติราชการเช่นเดียวกับประเภทอำนวยการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี (ข้าราชการระดับ 8 เทียบเท่าตำแหน่งผู้อำนวยการกองเดิม)
4. เจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรมหาชน หรือข้าราชการเจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งดำรงตำแหน่งระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ดำรงตำแหน่งระดับ 10 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เฉพาะองค์การบริหารส่วนจังหวัด/เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง) ในตำแหน่งนายก หรือปลัด
5. นายทหารหรือนายตำรวจที่มีชั้นยศ อัตราเงินเดือน พันเอก นาวาเอก นาวาอากาศเอก หรือชั้นตำรวจเอก ขึ้นไป ซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นบริหารหน่วยงาน หรือองค์กร
6. แพทย์ผู้บริหารจากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน ข้าราชการพลเรือน หรือพนักงาน ใน สถาบัน การ ศึกษา ซึ่งดำรงตำแหน่งอธิการบดี รองอธิการบดี คณบดี หรือดำรงตำแหน่งบริหารของคณะแพทยศาสตร์
7. แพทย์ผู้บริหารในภาคเอกชน มีความรู้ ความสามารถ และเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง
8. แพทย์ผู้บริหารในสายใดหน่วยงานกรุงเทพมหานคร และสายใดหน่วยงานรัฐอื่น ซึ่งได้เคยดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง
9. ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรพัฒนาเอกชน ผู้ประกอบการ ผู้บริหารระดับสูงของวิสาหกิจชุมชน และสื่อมวลชน มีอายุไม่เกิน 48 ปี และอายุไม่เกิน 65 ปี (นับจนถึงวันหมดเขตรับสมัคร)
10. เป็นบุคลากรที่คณะกรรมการหลักสูตรมีมติเห็นสมควรให้เข้ารับการศึกษาศึกษาอบรม เพื่อความรู้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรืองานสาธารณะ

ทั้งนี้คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ จะพิจารณาคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษาศึกษาอบรม โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 6 ประเภท ดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากกระทรวงสาธารณสุข (ตามคุณสมบัติข้อ 2 และ ข้อ 3)

ประเภทที่ 2 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 6)

ประเภทที่ 3 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากทหาร ตำรวจ ทหาร และองค์กรของรัฐอื่นๆ (ตามคุณสมบัติข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 5 และ ข้อ 8)

ประเภทที่ 4 ผู้บริหารทางการแพทย์ ของสถานพยาบาลภาคเอกชน หรือองค์กรเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 7)

ประเภทที่ 5 ผู้บริหารหรือผู้มีประสบการณ์การบริหารในภาครัฐอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข (ไม่ใช่แพทย์) ผู้บริหารในกระบวนการนิติบัญญัติ ผู้บริหารสภามหาวิทยาลัยสุขภาพต่าง ผู้บริหารในกระบวนการยุติธรรม ผู้บริหารในกระบวนการคุ้มครองประชาชน ผู้บริหารในกระบวนการสื่อสารสาธารณะ ผู้บริหารการเงินการคลังระดับประเทศ ผู้บริหารในองค์กรของรัฐอื่น ๆ และผู้บริหารจากหน่วยงานที่ได้รับเชิญจากแพทยสภา (ตามคุณสมบัติข้อ 1, ข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 5, และ ข้อ 10)

ประเภทที่ 6 ผู้บริหารจากองค์กรและหน่วยงานในภาคเอกชน (Non-Med) ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุขทั้งทางตรงและทางอ้อม (ตามคุณสมบัติ ข้อ 9) โดยมีอายุไม่เกิน 65 ปี (นับจนถึงวันรับสมัคร)

หมายเหตุ

ผู้สมัครจะต้องไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกัน กับการศึกษาศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง ในกรณีที่ผู้สมัครมีวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เคยถูกลงโทษทางจริยธรรมในระดับพักใช้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือเพิกถอนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ดำเนินการต่อ



หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง

เอกสารแสดงความยินยอม

การสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรของสถาบันมหิตลาธิเบศร สถาบันจะขออนุญาตจัดเก็บ ใช้ และประมวลผล ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อประโยชน์ในการให้บริการการศึกษา การอบรม/สัมมนา การวิจัย การให้บริการ ตลอดจนการสนับสนุนงานตามพันธกิจของสถาบัน โดยจัดให้มีระบบจัดเก็บข้อมูลที่ปลอดภัย ซึ่งดูแลรับผิดชอบ โดยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเป็น ประจำ และจะใช้ข้อมูลส่วนบุคคลตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้เท่านั้น

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ขอความกรุณาอ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงข้อมูล หรือได้รับคำอธิบายจากสถาบันมหิตลาธิเบศร ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย ("ประมวลผล") ข้อมูลส่วนบุคคล จนมีความเข้าใจแล้ว ท่านให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือขู่ข่ม และสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่ในกรณีที่มีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาะหว่างท่านกับสถาบันมหิตลาธิเบศร ที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ถอน

กรณีที่ท่านประสงค์จะขอลถอนความยินยอม จะมีผลทำให้ ท่านอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง หรือ ไม่สามารถบรรลุจุดประสงค์และเป้าหมายในกิจกรรมของหลักสูตร และการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม ท่านยินยอมหรือไม่

☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ตกลง



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปผู้สมัคร

ตำแหน่ง * ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ นายแพทย์ ☐ แพทย์หญิง ☐ อื่นๆ

ชื่อ *

นามสกุล *

ชื่อเล่น

ตำแหน่ง (อังกฤษ) * ☐ Mr. ☐ Mrs. ☐ Ms. ☐ Other

ชื่อ (อังกฤษ) *

นามสกุล (อังกฤษ) *

บัตรประชาชนเลขที่ *

วันที่ออกบัตร *

วันหมดอายุ *

สถานที่ออกบัตร *

บัตรข้าราชการ/ เจ้า

หน้าหนึ่งของรัฐ/

รัฐวิสาหกิจ เลขที่

สถานที่ออกบัตร

วันหมดอายุ

วันเกิด *

ภูมิลำเนา *

สัญชาติ *

ศาสนา *

รูปถ่ายสี
(ขนาด 2 นิ้ว) *

Choose File No file chosen

** ประเภทไฟล์ .jpg, .jpeg, .png, .bmp เป็นต้น ขนาดไม่เกิน 2 MB ถ่ายไว้ไม่เกิน 3 เดือน

ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ใน
กรณีฉุกเฉิน *

ความสัมพันธ์ *

หมายเลขโทรศัพท์
ติดต่อ *

ข้อมูลที่อยู่

เลขที่

หมู่ที่

ซอย

ถนน

จังหวัด *

-- โปรดเลือก --

เขต/อำเภอ *

-- โปรดเลือก --

แขวง/ตำบล *

-- โปรดเลือก --

รหัสไปรษณีย์ *

โทรศัพท์ *

มือถือ *

โทรสาร

อีเมล *

Facebook

Line ID

(กรณีสื่อ Email ของผู้สมัครเท่านั้น)

ข้อมูลการล็อกอินเข้าระบบ

ชื่อผู้ใช้

รหัสผ่าน *

ยืนยันรหัสผ่าน *

Note: 1. * = บังคับกรอกข้อมูล

2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
- คุณเสีรภพ ยวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณเพชรพร รังคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2329
 - คุณเอี่ยมพร ศรีเดลีออบ หมายเลขโทรศัพท์ 082-001-1554
 - คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-976-6900

บันทึกและไปต่อ



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 2 : ข้อมูลการทำงานและการศึกษา

ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่ง (ภาษาไทย) *	
สังกัด: ฝ่าย/กอง/สำนัก (ภาษาไทย)	
หน่วยงาน/องค์กร/ กระทรวง (ภาษาไทย) *	
ตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ) *	
สังกัด: ฝ่าย/กอง/สำนัก (ภาษาอังกฤษ)	
หน่วยงาน/องค์กร/ กระทรวง (ภาษาอังกฤษ) *	

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา

โปรดระบุ (ในกรณีส่งหนังสือราชการ)

ที่อยู่ทำงาน เลขที่	
ซอย	
จังหวัด *	-- โปรดเลือก --
แขวง/ตำบล *	-- โปรดเลือก --
โทรศัพท์ *	
อีเมล	

หมู่ที่	
ถนน	
เขต/อำเภอ *	-- โปรดเลือก --
รหัสไปรษณีย์ *	
โทรสาร	

ข้อมูลเลขานุการ

ตำแหน่ง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ นายแพทย์ ☐ แพทย์หญิง ☐ อื่น ๆ

ชื่อ	
โทรศัพท์	
อีเมล	

นามสกุล	
โทรสาร	
มือถือ	

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติ

คุณสมบัติข้อที่ * เลือกหัวข้อคุณสมบัติ

ประเภทที่ * -- โปรดเลือกประเภทที่สมัคร --

ข้อมูลด้านการศึกษา

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ	สถาบันการศึกษา	ปี พ.ศ.
มัธยมศึกษา			
ปริญญาตรี			
ปริญญาโท			
ปริญญาเอก			
อื่น ๆ (โปรดระบุ)			

กรณีเคยผ่านการศึกษาระดับสูงของสถาบันประเภทอื่น โปรดระบุไว้จะดีมาก

หลักสูตร [เพิ่มรายการ]	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ	ลบ
			X
			X
			X

ข้อมูลสำหรับแพทย์กรอก

ใบประกอบวิชาชีพ MD Card เลขที่
 เวชกรรมเลขที่
 จบการศึกษา รุ่น / ปี พ.ศ.
 แพทย์ศาสตร์บัณฑิต /
 จาก

ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

วุฒิที่ได้รับ (วว./ฉว.) [เพิ่มรายการ]	จากสถาบัน	ปีที่ได้รับ	ลบ
			X
			X
			X

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

(ได้แก่ คณะกรรมการ, อนุกรรมการของแพทยสภา, กรรมการราชวิทยาลัย 15 แห่ง, ศร., สนพ., สจพ. และอดีตกรรมการ)

ตำแหน่ง [เพิ่มรายการ]	หน่วยงาน	ปีเข้าร่วมกิจกรรม	ลบ
			X
			X
			X

Note: 1. * = บังคับกรอกข้อมูล

2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่

- คุณเสิร์กพ ยวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
- คุณเพรพรรณ รังคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
- คุณอัมพร ศรีเคลือบ หมายเลขโทรศัพท์ 062-001-1554
- คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

☐ ย้อนกลับ

☐ บันทึกและไปต่อ

ตัวอย่างใบสมัคร



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 3 : ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม

จำนวนครั้งที่ท่านเคยสมัครเรียนปรพ.มาก่อนหน้านี้แล้ว

☐ ครั้งแรก ☐ ครั้งที่ 2 ☐ ครั้งที่ 3 ☐ ครั้งที่ 4 ☐ ครั้งที่ 5 ☐ ครั้งที่ 6 ☐ ครั้งที่ 7 ☐ มากกว่า 7 ครั้ง

ผู้สมัครคิดว่าสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

แนบเอกสารเพิ่มเติม

Choose File

No file chosen

** ประเภทไฟล์ .pdf, .doc, .docx, .xls, .xlsx, .zip, .rar เป็นต้น ขนาดไม่เกิน 2 MB

*ท่านสามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมหากมีความเกินเนื้อที่ที่กำหนดให้

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความสนใจในการศึกษา การจัดหาเอกสารวิชาการในหัวข้อหรือประเด็นใด

อันดับ 1 เกี่ยวกับ ☐ เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ

อันดับ 2 เกี่ยวกับ ☐ เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ

อันดับ 3 เกี่ยวกับ ☐ เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ทางการแพทย์ในเรื่องใดที่จะสามารถแลกเปลี่ยนในกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้

แนบเอกสารเพิ่มเติม

Choose File

No file chosen

** ประเภทไฟล์ .pdf, .doc, .docx, .xls, .xlsx, .zip, .rar เป็นต้น ขนาดไม่เกิน 2 MB

ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สำคัญ (* ต้องไม่อยู่ระหว่างการศึกษา)

ปปร. รุ่นที่	พ.ศ.	วปอ. รุ่นที่	พ.ศ.	มยส. รุ่นที่	พ.ศ.
ปรม. รุ่นที่	พ.ศ.	สสส. รุ่นที่	พ.ศ.	วตท. รุ่นที่	พ.ศ.
วพณ. รุ่นที่	พ.ศ.	พตส. รุ่นที่	พ.ศ.	TepCot รุ่นที่	พ.ศ.
ปศส. รุ่นที่	พ.ศ.	นบย. รุ่นที่	พ.ศ.	ภูมิพลังแผ่นดิน รุ่นที่	พ.ศ.
หลักสูตรระดับสูงอื่น ๆ โปรดระบุ					

ในโครงการนี้จะมีการทำกิจกรรมแพทยอาสาเพื่อสังคมโดยออกหน่วยแพทยอาสาเฉพาะทาง เฉลิมพระเกียรติฯ ร่วมกับมูลนิธิธรรมภิบาล
ทางการแพทย์ และ แพทยสภา ในเดือน พ.ค. 2568

หากท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทยอาสาฯ ในด้านใดโดยสมัครใจ โปรดให้รายละเอียด

- ☐ 1. เคยร่วมออกหน่วยแพทยอาสาของแพทยสภา ใน (โปรดระบุโครงการ)

- ☐ 2. ร่วมออกตรวจรักษา ผ่าตัดคนไข้ หรือ สอนแพทย์ในพื้นที่ จัดหน่วยแพทย์ร่วมกับจากหน่วยงานในสังกัดตนเอง หรือสังกัด
อื่น (โปรดระบุสาขา)

- ☐ 3. จัดหาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ไข้ในโครงการฯ (โปรดระบุ)

กรณีบุคคลทั่วไป และแพทย์

- ☐ 4. จัดเรื่องประสานงาน organizer ในงานแพทยอาสาฯ
☐ 5. เรื่องการจัดอาหาร เสื้อผ้า สวัสดิการ และดูแลประชาชน
☐ 6. เรื่องการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ และ สิ่งพิมพ์
☐ 7. จัดหน่วยบริการประชาชนอื่นๆ ร่วมทีม (จากหน่วยงานอื่นๆ ที่มี แพทย์) (โปรดระบุ)

- ☐ 8. ประสงค์บริจาคสิ่งของให้โรงพยาบาลหรือประชาชนร่วมในโครงการ (โปรดระบุ)

- ☐ 9. ความสามารถ/ความถนัดพิเศษ ที่อาจเอื้อต่อการจัดกิจกรรมฯ ของหลักสูตรฯ (โปรดระบุ)

บุคคลรับรองที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา หรือ ปธพ.รุ่นที่ 10 (ถ้ามี) : ระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน หมายเลขโทรศัพท์ โปรดไม่กรอกใบรับรองผู้
สมัครจากบุคคลอ้างอิงมาประกอบด้วย *ในหน้า 4-6 จำนวน 1-2 ท่าน (ถ้ามี)

1.
2.
3.

เหตุผลที่ท่านต้องการสมัครเข้าศึกษาใน ปธพ.รุ่นที่ 11

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร ☐ อาหารทั่วไป ☐ อาหารฮาลาล (มุสลิม) ☐ อาหารเจ ☐ อาหารมังสวิรัต
☐ แพ้อาหารทะเล ☐ ไม่รับประทานอาหารเนื้อวัว ☐ อื่นๆ โปรดระบุ

การสูบบุหรี่ ☐ สูบบุหรี่ ☒ ไม่สูบบุหรี่

ไซส์เสื้อ Jacket -- โปรดเลือก --

ไซส์เสื้อ Polo -- โปรดเลือก --

ขนาดรอบเอว

ความสูง (ซ.ม.)

น้ำหนัก (ก.ก.)

Note: 1. * = บังคับกรอกข้อมูล

2. กรณีเกิดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
- คุณเสิร์กภ ยวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณเพชรรัตน์ ริงคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
 - คุณอัมมพร ศรีเคลือบ หมายเลขโทรศัพท์ 062-001-1554
 - คุณวีระยุทธ รินใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

☐ ย้อนกลับ

☐ บันทึกและไปต่อ

ตัวอย่างใบสมัคร



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 4 : ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

หนังสือให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล

1. เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ไว้ ณ ที่นี้ว่า เอกสารนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า อันเป็นการเปิดเผยตัวของข้าพเจ้าที่อยู่ในครอบครองของสถาบันพระปกเกล้า ในกรณีที่ผู้อื่นมาขอตรวจสอบ หรือขอคัดสำเนา เอกสารดังกล่าว ข้าพเจ้า

☒ ยินยอม ให้ดำเนินไปได้ ☐ ไม่ยินยอม

2. ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน

เนื่องจากการเรียนการสอนในหลักสูตรจะใช้เวลาเรียนประมาณ 9 เดือน โดยเรียน สัปดาห์ละ 1 ถึง 2 วัน (ทุกวันศุกร์และบางเสาร์) ระหว่างเวลา 09.00 – 16.30 น. ยกเว้น (กรณีศึกษาในบางจังหวัดและต่างประเทศ) ณ อาคารมหิตลาธิเบศร กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี หรือสถานที่ที่สถาบันฯ กำหนด ผู้เข้าเรียนไม่มีการศึกษาดูงานและกิจกรรมการเรียนรู้นอกสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งจะแจ้งล่วงหน้า ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาเรียนได้ตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด) *

☒ ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตร ปธพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาระหว่าง พุทธศักราช 2567 - สิงหาคม 2568 ข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมหรือระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกันหลักสูตร ปธพ. 11

3. หนังสือรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน (☒ ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง) *

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

4. หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดขององค์กร (☒ ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง) *

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

5. สำเนาบัตรประชาชน *

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

6. สำเนาทะเบียนบ้าน *

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

7. สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า *

No file chosen

** ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

8. กรณีเอกชน

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท

No file chosen

** ขนาดไม่เกิน 5 MB

- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

No file chosen

** ขนาดไม่เกิน 5 MB

9. ยินยอมให้สถาบันพระปกเกล้าตรวจสอบสถานะความเป็นผู้กู้ยืมเงินกองทุน สก. และการชำระเงินคืนกองทุน จาก กองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (ควรระบุให้ชัดเจนแบบฟอร์มหนังสือให้ความยินยอม (ถ้ามี) ได้แนบข้อมูล) *

No file chosen

** ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

หมายเหตุ ประเภทไฟล์สัฟไฟล์ที่รองรับประกอบด้วย .jpg, .jpeg, .png, .bmp, .pdf, .doc, .docx, .xls, .xlsx, .zip, .rar เป็นต้น

Note: 1. * = บังคับกรอกข้อมูล

2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
- คุณเสรีภพ ยวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณเพชรพร รั้งคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
 - คุณเอ็มพร ศรีเคลือบ หมายเลขโทรศัพท์ 062-001-1554
 - คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 5 : ยืนยันข้อมูล

ชื่อ - นามสกุล นายลองระบบ ทดสอบ
(ภาษาไทย)

ชื่อ - นามสกุล Mr.Long Test
(ภาษาอังกฤษ)

บัตรประชาชนเลขที่ 1539900105181
(วันเพื่อบัตร 15/08/2561 วันหมดอายุ 17/08/2570)

สถานที่ออกบัตร อำเภอ

บัตรข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ของรัฐ/

รัฐวิสาหกิจ เลขที่ (วันหมดอายุ)

สถานที่ออกบัตร
วันเกิด 21/08/2509

สัญชาติ ไทย

ข้อมูลคนที่ติดต่อได้ในกรณี
ฉุกเฉิน นาย

ความสัมพันธ์ คนเคยรู้จักกัน

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 0896418923



ข้อมูลที่อยู่

ที่อยู่

ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่ง

สังกัดฝ่าย/กอง/สำนัก

หน่วยงาน/องค์กร/กระทรวง

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา

ที่อยู่ทำงาน

เลขานุการ

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติ

คุณสมบัติข้อที่ 1 (1-10) ประเภทที่ 1 (1-6)

ข้อมูลด้านการศึกษา

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ	สถาบันการศึกษา	ปี พ.ศ.
มัธยมศึกษา			
ปริญญาตรี			
ปริญญาโท			
ปริญญาเอก			
อื่น ๆ (โปรดระบุ)			

กรณีเคยผ่านการศึกษาลักษณะของสถาบันประจำเกล้า

หลักสูตร	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ

ข้อมูลสำหรับแพทย์

ใบประกอบวิชาชีพ
เวชกรรมเลขที่
จบการศึกษา
แพทยศาสตรบัณฑิต
จาก

MD Card เลขที่

รุ่น / ปี พ.ศ. /

ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

วุฒิที่ได้รับ (วอ./อว.)	จากสถาบัน	ปีที่ได้รับ

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

(ได้แก่ คณะกรรมการ, อนุกรรมการของแพทยสภา, กรรมการราชวิทยาลัย 15 แห่ง, ศรท. ศนท. สวท. และขอคัดกรรมการ)

ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม

ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม

จำนวนครั้งที่ท่านเคยสมัครเรียนปรีพ.มาก่อนหน้านี้แล้ว

☐ ครั้งแรก ☐ ครั้งที่ 2 ☐ ครั้งที่ 3 ☐ ครั้งที่ 4 ☐ ครั้งที่ 5 ☐ ครั้งที่ 6 ☐ ครั้งที่ 7 ☐ มากกว่า 7 ครั้ง

ผู้สมัครคิดว่าสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความสนใจในการศึกษาการจัดทำเอกสารวิชาการในหัวข้อหรือประเด็นใด

อันดับ 1 เกี่ยวกับ

อันดับ 2 เกี่ยวกับ

อันดับ 3 เกี่ยวกับ

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ในเรื่องใดที่จะสามารถแลกเปลี่ยนในกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้

ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สำคัญ *ต้องไม่อยู่ระหว่างการศึกษา

ปปร. รุ่นที่	พ.ศ.	วปอ. รุ่นที่	พ.ศ.	บยส. รุ่นที่	พ.ศ.
ปรม. รุ่นที่	พ.ศ.	สสสส. รุ่นที่	พ.ศ.	วปอ. รุ่นที่	พ.ศ.
ปตส.	พ.ศ.	บยป.	พ.ศ.	ภูมิพลังแผ่นดิน. รุ่นที่	พ.ศ.
หลักสูตรระดับสูงอื่นๆ โปรดระบุ					

ในโครงการนี้จะมีการทำกิจกรรมแพทยอาสาเพื่อสังคมโดยออกหน่วยแพทยอาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ร่วมกับมูลนิธิธรรมภิบาลทางการแพทย์ และ แพทยสภา ในเดือน 2568

หากท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทยอาสา ในด้านใดโดยสมัครใจ โปรดให้รายละเอียด

กรณีแพทย์

- ☐ 1. เคยร่วมออกหน่วยแพทย์อาสาของแพทยสภา ใน (โปรดระบุโครงการ)
- ☐ 2. ร่วมออกตรวจรักษา ผ่าตัดคนไข้ หรือ สอนแพทย์ในพื้นที่ จัดหน่วยแพทย์ร่วมทีมจากหน่วยงานในสังกัดตนเอง หรือ สังกัดอื่น (โปรดระบุสาขา)
- ☐ 3. จัดหายาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ใช้ในโครงการฯ (โปรดระบุ)

กรณีบุคคลทั่วไป และแพทย์

- ☐ 4. รับผิดชอบประสานงาน organizer ในงานแพทยอาสาฯ
- ☐ 5. เรื่องการจัดอาหาร เสื้อผ้า สวัสดิการ และดูแลประชาชน
- ☐ 6. เรื่องการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ และ สิ่งพิมพ์
- ☐ 7. จัดหน่วยบริการประชาชนอื่นๆ ร่วมทีม (จากหน่วยงานอื่นๆที่มิใช่แพทย์) (โปรดระบุ)
- ☐ 8. ประสงค์บริจาคสิ่งของให้โรงพยาบาลหรือประชาชนร่วมในโครงการ (โปรดระบุ)
- ☐ 9. ความสามารถ/ความถนัดพิเศษ ที่อาจเอื้อต่อการจัดกิจกรรมฯ ของหลักสูตรฯ (โปรดระบุ)

บุคคลรับรองที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา หรือ ปอพ.รุ่น 1-10 (ถ้ามี) : ระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน หมายเลขโทรศัพท์ โปรดให้กรอกใบรับรองผู้สมัครจากบุคคลอ้างอิงมาประกอบด้วย *ในหน้า 4-6 จำนวน 1-2 ท่าน (ถ้ามี)

1.
2.
3.

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกแก่เข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร	☐ อาหารทั่วไป	☐ อาหารฮาลาล (มุสลิม)	☐ อาหารเจ
	☐ อาหารมังสวิรัติ	☐ แพ้อาหารทะเล	☐ ไม่รับประทานอาหารเนื้อวัว
	☐ อื่นๆ โปรดระบุ		
การสูบบุหรี่	☐ สูบบุหรี่	☒ ไม่สูบบุหรี่	
ไซส์เสื้อ Jacket		ไซส์เสื้อ Polo	ขนาดรอบเอว 0.00
ความสูง (ซม.) 0.00		น้ำหนัก (ก.ก.) 0.00	

ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

- เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ไว้ ณ ที่นี้ว่า เอกสารนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า อันเป็นการบ่งชี้ตัวของข้าพเจ้าที่อยู่ในครอบครองของสถาบันพระปกเกล้า ในกรณีที่มิมีผู้อื่นมาขอตรวจสอบ หรือขอคัดสำเนาเอกสารดังกล่าว ข้าพเจ้า

☒ ยินยอม ให้ดำเนินต่อไป ☐ ไม่ยินยอม
- ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน
 เนื่องจากหลักสูตรนี้ เรียนมากกว่า หลักสูตรทั่วไป คือใช้เวลาเรียน อาทิตย์ละ 2 วันคือวันศุกร์ และ วันเสาร์เต็มวันเป็นเวลา 7 เดือน และมีกิจกรรมสัมพันธสัมพันธ์กันตอนเย็นเป็นบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด)
☐ ข้าพเจ้ารับรองว่า หากไม่ผ่านการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปธพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง พฤศจิกายน 2563 - สิงหาคม 2564 ข้าพเจ้าจะไม่ขอเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปธพ. ***
- หนังสือรับรองของหน่วยงาน/หน่วยงาน
- หนังสือรับรอง กรณีใดกรณีเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร
- ใบรับรองผู้สมัคร ส่วนของสถาบันส่งเสริมจริยธรรม แพทยสภา
- สำเนาบัตรประชาชน
 สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาใบปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
- กรณีเอกชน
 - เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
 - ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย
- ยินยอมให้สถาบันพระปกเกล้าตรวจสอบสถานะความเป็นผู้กู้ยืมเงินกองทุน สถานะการชำระเงินคืนกองทุน จากกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา

Note: 1. * = บัญชีกรอกข้อมูล

- กรณีเกิดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณเสริภ ญะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณพรวรรณ รังคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
 - คุณอัมพร ศรีเคลือบ หมายเลขโทรศัพท์ 062-001-1554
 - คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

☐ ย้อนกลับ

☐ บันทึกและไปต่อ

หมายเหตุ : กรุณาตรวจสอบข้อมูลและเอกสารแนบของท่านให้ถูกต้องก่อน กดส่งข้อมูล (กรณีท่านกดส่งข้อมูลไปแล้วจะไม่สามารถกลับมาแก้ไขได้อีกครั้ง)



คุณสมบัติของผู้เข้ารับการศึกษา

เป็นผู้บริหารในสายวิชาชีพหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ หรือผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีอายุไม่ต่ำกว่า 48 ปี และไม่เกิน 65 ปี (นับจนถึงวันรับสมัคร) โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. สมาชิกสภาผู้ราษฎร สมาชิกวุฒิสภา ข้าราชการการเมือง (ซึ่งได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง) และข้าราชการรัฐสภาฝ่ายการเมือง (ซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายรัฐสภา)

2. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้ (ข้าราชการระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่าเดิม)

2.1 ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทบริหารระดับต้นขึ้นไป

2.2 ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับสูง

2.3 ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป

3. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือผู้ดำรงตำแหน่งอื่นที่ปฏิบัติราชการเช่นเดียวกับประเภทอำนวยการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี (ข้าราชการระดับ 8 เทียบเท่าตำแหน่งผู้อำนวยการกองเดิม)

4. เจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรมหาชน หรือข้าราชการเจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งดำรงตำแหน่งระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ดำรงตำแหน่งระดับ 10 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(เฉพาะองค์การบริหารส่วนจังหวัด/เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง) ในตำแหน่งนายก หรือปลัด

5. นายทหารหรือนายตำรวจที่มีชั้นยศ อัตราเงินเดือน พันเอก นาวาเอก นาวาอากาศเอกหรือพันตำรวจเอก ขึ้นไปต้องดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารหน่วยงาน หรือองค์กร

6. แพทย์ผู้บริหารจากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน ข้าราชการพลเรือน หรือพนักงานในสถาบันอุดมศึกษาซึ่งดำรงตำแหน่งอธิการบดี รองอธิการบดี คณบดี หรือดำรงตำแหน่งบริหารของคณะแพทยศาสตร์

7. แพทย์ผู้บริหารในตำแหน่งบริการภาคเอกชน ที่มีความรู้ ความสามารถ และเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง

8. แพทย์ผู้บริหารในภายใต้หน่วยงานกรุงเทพมหานคร และภายใต้หน่วยงานรัฐอื่น ซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง

9. ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรพัฒนาเอกชน ผู้ประกอบกิจการ ผู้บริหารระดับสูงของกิจการภาคเอกชน และสื่อมวลชน

10. เป็นบุคลากรที่คณะกรรมการหลักสูตรมีมติเห็นสมควรให้เข้ารับการศึกษาดูงาน เนื่องจากเห็นว่า จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรืองานการแพทย์และสาธารณสุข

ทั้งนี้คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ จะพิจารณาคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษาดูงาน โดยแบ่งกลุ่ม ออกเป็น 6 ประเภท ดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากกระทรวงสาธารณสุข (ตามคุณสมบัติข้อ 2 และ ข้อ 3)

ประเภทที่ 2 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 6)

ประเภทที่ 3 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากทหาร ตำรวจ กทม. และองค์กรของรัฐอื่น ๆ (ตามคุณสมบัติ ข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 5 และ ข้อ 8)

ประเภทที่ 4 ผู้บริหารทางการแพทย์ของสถานพยาบาลภาคเอกชน หรือองค์กรเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 7)

ประเภทที่ 5 ผู้บริหารหรือผู้มีประสบการณ์บริหารในภาครัฐอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ และสาธารณสุข (ไม่ใช่แพทย์) ผู้บริหารในกระบวนการนิติบัญญัติ ผู้บริหารสภวิชาชีพสุขภาพต่างๆ ผู้บริหาร ในกระบวนการยุติธรรม ผู้บริหารในกระบวนการคุ้มครองประชาชน ผู้บริหารในกระบวนการสื่อสารคณะ ผู้บริหารการเงินการคลังระดับประเทศ ผู้บริหารในองค์กรของรัฐอื่น ๆ และผู้บริหารจากหน่วยงานที่ได้รับ เชิญจากสถาบันมหิตลาคีเบศร หรือ มูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ (ตามคุณสมบัติ ข้อ 1, ข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 5, และ ข้อ 10)

ประเภทที่ 6 ผู้บริหารจากองค์กรและหน่วยงานภาคเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ และสาธารณสุขทั้งทางตรงและทางอ้อม (ตามคุณสมบัติ ข้อ 9) โดยมีอายุไม่เกิน 65 ปี (นับจนถึงวันรับสมัคร)

หมายเหตุ

ผู้สมัครจะต้องไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกัน กับการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่น 11 (ปธพ.11) ในกรณีเป็นผู้ ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เคยถูกลงโทษทางจริยธรรมในระดับพักใช้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ เพิกถอนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม