



## รายละเอียดเพิ่มเติมสำหรับผู้สมัครหลักสูตรประกาศนียบัตร ธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนชัดเจน)

ชื่อ		นามสกุล		ชื่อเล่น	
Name		Surname			
โทรศัพท์		มือถือ			
โทรสาร		อีเมล			
Facebook		Line ID			

ชื่อเลขานุกร		โทรศัพท์		โทรสาร	
อีเมล		มือถือ			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสำหรับแพทย์กรอก ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... MD Card เลขที่ .....  
จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก ..... รุ่น ..... เมื่อปี พ.ศ. ....

### 2.1 ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

วุฒิที่ได้รับ (วว./อว.)	จากสถาบัน	ปีที่ได้รับ

\*ท่านสามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมหากมีข้อความเกินเนื้อที่ที่กำหนดให้

### 2.2 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

(ได้แก่ คณะกรรมการ, อนุกรรมการของแพทยสภา, กรรมการราชวิทยาลัย 14 แห่ง, ศรว. ศนพ. ศจพ. และอดีตกรรมการ)

ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม

\*ท่านสามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมหากมีข้อความเกินเนื้อที่ที่กำหนดให้

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไป (ผู้สมัครทุกท่านกรอก)

#### 3.1 ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สำคัญ

ปปร. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____	ปรม. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____	ปศส. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____
วปอ. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____	สสสส. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____	บยป. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____
บยส. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____	วตท. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____	ภูมิพลังแผ่นดิน. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____
หลักสูตรระดับสูงอื่นๆ โปรดระบุ _____		

#### 3.2 โปรดระบุคุณสมบัติที่ใช้สมัครประเภทที่ ..... (1-6) ข้อที่ ..... (1-10)

(สามารถดูคุณสมบัติผู้เข้ารับการศึกษาบรมและประเภทได้ที่รายละเอียดหลักสูตร หน้าที่ 2-3)

#### 3.3 ในโครงการนี้จะมีการทำกิจกรรมแพทยอาสาเพื่อสังคมโดยออกหน่วยแพทยอาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 4 ร่วมกับแพทยสภา และสถาบันพระปกเกล้า ในต้นปี พ.ศ. 2559 ตามวัตถุประสงค์ ข้อ 5

ท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทย์อาสา ในด้าน.....

.....

3.4 ผู้รับรองหรือบุคคลอ้างอิงที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแพทย์สภา ที่มีใช้ผู้บริหารหลักสูตร (ถ้ามี) : ระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง  
หน่วยงาน หมายเลขโทรศัพท์

.....

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/> อาหารทั่วไป	<input type="checkbox"/> อาหารฮาลาล (มุสลิม)	<input type="checkbox"/> อาหารเจ	<input type="checkbox"/> อาหารมังสวิรัต
อาหาร	<input type="checkbox"/> แพ้อาหารทะเล	<input type="checkbox"/> ไม่รับประทานอาหารเนื้อวัว	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ	
การสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> สูบบุหรี่		<input type="checkbox"/> ไม่สูบบุหรี่	
ไซส์เสื้อ Jacket		ไซส์เสื้อ Polo		
ขนาดรอบเอว		ความสูง (ซ.ม.)	น้ำหนัก (ก.ก.)	

#### ส่วนที่ 5 หัวข้องานเอกสารวิจัยที่ท่านสนใจ (สามารถดูแนวทางการศึกษาหัวข้อเอกสารวิชาการกลุ่มได้จากเอกสารแนบ)

ลำดับที่ 1 หัวข้อที่..... ชื่อเรื่อง.....

.....

ลำดับที่ 2 หัวข้อที่..... ชื่อเรื่อง.....

.....

ลำดับที่ 3 หัวข้อที่..... ชื่อเรื่อง.....

.....

\*\*\* ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปชพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรม ระหว่าง ตุลาคม 2558 – พฤษภาคม 2559 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง โดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปชพ. \*\*\*

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่ ..... / ..... / .....

กรุณาส่งกลับทาง Email: tmckpi1@gmail.com หรือ fax 02-692-7222

หากมีข้อสงสัยถามได้ที่ ชูเกียรติ คิวเวทกุล โทร.089-890-0990 Email – tmckpi1@gmail.com