



ใบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมบาล
ทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง
รุ่นที่ 4
ปีการศึกษา พ.ศ. 2558

ศูนย์บริการวิชาการ
สถาบันพระปกเกล้า และ แพทยสภา

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name.

รายละเอียดการสมัครเข้ารับการศึกษา

.....

หลักฐานประกอบการสมัคร

1. แบบฟอร์มใบสมัครที่ผู้สมัครกรอกข้อมูลครบถ้วน ชัดเจน
2. รูปถ่ายสีหน้าตรง ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 3 เดือน (ใช้ติดใบสมัคร 1 รูป โดยการติดห้ามใช้ลวดเย็บกระดาษเย็บรูป)
3. สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ
4. สำเนาทะเบียนบ้าน
5. สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
6. ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม และวุฒิบัตร หรืออนุมัติบัตร (ในกรณีเป็นแพทย์)

กรณีเอกชน

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอนหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรตแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

การรับสมัคร

1. เปิดรับสมัคร ระหว่างวันที่ 17 กรกฎาคม – 17 สิงหาคม 2558 ในวันและเวลาราชการ
2. ในการสมัคร ผู้สมัครหรือตัวแทนของผู้สมัครต้องนำส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วน และแนบหลักฐานประกอบการสมัครให้ครบภายในกำหนด ถ้าผู้สมัครหรือตัวแทนผู้สมัครนำหลักฐานการสมัครส่งไม่ครบ สถาบันพระปกเกล้าจะไม่รับสมัครจนกว่าผู้สมัครหรือตัวแทนผู้สมัครส่งหลักฐานครบตามที่กำหนด
3. ไม่มีการรับสมัครโดยส่งเอกสารการสมัครทางโทรสาร (แฟกซ์) หรือ E-mail

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่

โครงการบริหารหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง
 สำนักส่งเสริมวิชาการรัฐสภา สถาบันพระปกเกล้า เลขที่ 120 หมู่ที่ 3 ศูนย์ราชการเฉลิม
 พระเกียรติ 80 พรรษาฯ อาคารรัฐประศาสนภักดี ชั้น 5 (โซนด้านทิศใต้) ถนนแจ้งวัฒนะ
 แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210 เว็บไซต์ www.kpi.ac.th
 หรือ นายสุภัทธ์ ฝั้นคำอ้าย หมายเลขโทรศัพท์ 0-2141-9561

รหัสนักศึกษา

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)



ศูนย์บริการวิชาการ
สถาบันพระปกเกล้า

เลขที่

รูปถ่ายสีขนาด 2 นิ้ว
จำนวน 3 รูป
ถ่ายไว้ไม่เกิน 3 เดือน

ใบสมัครเข้ารับการศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตร
ธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4

1. ข้อมูลทั่วไป (โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง)

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
ชื่อ และนามสกุล ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)
NAME.....SURNAME.....
ที่อยู่ปัจจุบัน
เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....
โทรสาร..... E-mail.....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี ภูมิลำเนา.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
บัตรประชาชนเลขที่.....วันออกบัตร.....
วันหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....
บัตรข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ เลขที่.....
วันหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....

QFED 002/05

2. ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่ง(ภาษาไทย).....	(ภาษาอังกฤษ).....
ฝ่าย/ส่วน/สำนัก.....	กรม.....
กระทรวง/หน่วยงาน (ภาษาไทย).....	
กระทรวง/หน่วยงาน (ภาษาอังกฤษ).....	
โปรดระบุตำแหน่งผู้บังคับบัญชา (ในกรณีส่งหนังสือราชการ).....	
ที่อยู่ทำงาน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....	
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....	
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....	
ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร	
.....	
.....	
.....	
สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติ คุณสมบัติข้อที่..... ประเภทที่.....	
หมายเหตุ ตำแหน่งปัจจุบันที่ระบุในใบสมัครต้องสัมพันธ์กับคุณสมบัติและประเภทที่สมัคร	
โดยสามารถดูคุณสมบัติและประเภทได้ที่รายละเอียดหลักสูตร หน้าที่ 2-3	

3. ข้อมูลด้านการศึกษา

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ	สถาบันการศึกษา	ปี พ.ศ.
มัธยมศึกษา			
ปริญญาตรี : ปริญญาตรี			
: ปริญญาโท			
: ปริญญาเอก			
อื่นๆ (โปรดระบุ).....			

กรณีเคยผ่านการศึกษหลักสูตรของสถาบันพระปกเกล้า โปรดระบุโดยละเอียด

หลักสูตร	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ



4. เหตุผลที่ประสงค์จะเข้าศึกษาในหลักสูตรนี้

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(ท่านสามารถแนบเอกสารเพิ่มเติม หากมีข้อความเกินเนื้อที่ที่กำหนดให้)

5. หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความสนใจในการศึกษาการจัดทำเอกสารวิชาการในหัวข้อหรือประเด็นใด (โปรดเลือก 3 หัวข้อ โดยเรียงตามลำดับความสนใจ จาก 20 หัวข้อ ตามเอกสารแนบ)

หัวข้อที่สนใจ ลำดับที่ 1 คือ หัวข้อที่ ชื่อหัวข้อ

.....

หัวข้อที่สนใจ ลำดับที่ 2 คือ หัวข้อที่ ชื่อหัวข้อ

.....

หัวข้อที่สนใจ ลำดับที่ 3 คือ หัวข้อที่ ชื่อหัวข้อ

.....

6. หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวงการแพทย์และสาธารณสุขในเรื่องที่ใดที่จะสามารถแลกเปลี่ยนในกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้

.....
.....
.....
.....

(ท่านสามารถแนบเอกสารเพิ่มเติม หากมีข้อความเกินเนื้อที่ที่กำหนดให้)

ข้าพเจ้ายอมรับว่าการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวเป็นดุลพินิจของคณะกรรมการที่ทำหน้าที่
คัดเลือกนักศึกษา และสภาสถาบันพระปกเกล้า และข้าพเจ้ายอมรับการวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ และสภา
สถาบันในทุกกรณี โดยไม่ติดใจดำเนินการใด ๆ ตามกฎหมายทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมว่าหากได้เข้ารับการศึกษาเข้าเป็นนักศึกษาสถาบันพระปกเกล้า
ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ กฎเกณฑ์ และเงื่อนไขข้อกำหนดของสถาบันพระปกเกล้า หลักสูตรการศึกษา
และเงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหาก
ระบุข้อความที่ผิดจากความเป็นจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นนักศึกษาสถาบันพระปกเกล้า
หรือถูกปลดออกจากการเป็นนักศึกษาสถาบันพระปกเกล้าโดยไม่มีข้อเรียกร้องใด ๆ

ลายมือชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 ข้าพเจ้าขอ
แจ้งความประสงค์ไว้ ณ ที่นี้ว่า เอกสารนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า อันเป็นการบ่งชี้ตัวของข้าพเจ้าที่
อยู่ในครอบครองของสถาบันพระปกเกล้า ในกรณีที่มีผู้อื่นมาขอตรวจสอบ หรือขอคัดสำเนาเอกสารดังกล่าว
ข้าพเจ้า

ยินยอม ให้ดำเนินการได้

ไม่ยินยอม

ลายมือชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....





สถาบันพระปกเกล้า

หนังสือรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

ผู้บังคับบัญชาของ.....ผู้สมัครเข้ารับการศึกษานใน
หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4 ขอรับรอง
ต่อสถาบันพระปกเกล้าว่าหน่วยงานต้นสังกัดยินยอมและสนับสนุนให้ผู้สมัครข้างต้นเข้าศึกษา
อบรมและร่วมกิจกรรมที่ปวงตามที่สถาบันพระปกเกล้ากำหนดไว้ในหลักสูตรฯ ได้อย่างสม่ำเสมอ
ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรม

ลงชื่อ.....

()

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ

ผู้รับรองต้องเป็นผู้มีอำนาจอนุมัติให้ลาเพื่อเข้ารับการศึกษอบรมได้

QFED 002/05