ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง

รุ่นที่ ๓๕

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

โดย

วิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก

คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม

ผู้สมัครเข้ารับการอบรมจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

๑. คุณสมบัติทั่วไป

๑.๑ มีสุขภาพจิต สุขภาพกายสมบูรณ์ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและรับการอบรมได้ตลอดหลักสูตร

๑.๒ ไม่อยู่ในระหว่างการถูกสอบสวนทางวินัยร้ายแรง

๑.๓ เป็นผู้ที่ส่วนราชการต้นสังกัดคัดเลือกและเสนอรายชื่อ พร้อมสนับสนุนงบประมาณในการอบรม

๒. คุณสมบัติเฉพาะ เป็นผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้

๒.๑ ดำรงตำแหน่งทางการบริหารดังต่อไปนี้

๒.๑.๑ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลในสังกัดกรมต่าง ๆ

๒.๑.๒ ผู้อำนวยการสำนัก /สถาบัน / ผู้อำนวยการศูนย์/กอง/เลขานุการกรม / ผู้อำนวยการวิทยาลัย

๒.๑.๓ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่ดำรงตำแหน่งระดับเชี่ยวชาญที่มีบทบาทในการบริหารงานหน่วยงาน

๒.๑.๔ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลในสังกัดกรมต่าง ๆ (รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์/รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล)

๒.๑.๕ หัวหน้ากลุ่มภารกิจโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (ภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ/ด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ/ด้านการพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ/ด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์)

๒.๑.๖ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ที่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน มาไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี

๒.๑.๗ พนักงานหน่วยงาน/องค์กร/มูลนิธิด้านสาธารณสุข ที่ดำรงตำแหน่งเทียบเท่าตามข้อ ๒.๑.๑ - ๒.๑.๕ หรือมีบทบาทในการบริหารงานของหน่วยงาน

๒.๓ อายุ ไม่เกิน ๕๕ ปี นับถึงวันปิดรับสมัคร

๓. เงื่อนไขในการเข้ารับการอบรม

๓.๑ ผู้ที่ได้รับการพิจารณาเข้ารับการอบรม จะต้องมีเวลาการอบรมไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ของแต่ละช่วงระยะเวลาการอบรม

๓.๒ ระหว่างเข้ารับการอบรมหลักสูตร นบส. ต้องไม่เข้ารับการศึกษาหรืออบรมในหลักสูตรใด ๆ ที่ตรงกับเวลาของการอบรมที่กำหนด เพื่อให้มีเวลาเข้ารับการอบรมได้อย่างเต็มที่

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ ๓๕
กระทรวงสาธารณสุข

รูปถ่ายสี
ขนาด 2 นิ้ว

1.ข้อมูลทั่วไป (โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง)

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล .....

วัน เดือน ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี สัญชาติ..... ศาสนา .....

สถานภาพการสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า

เลขที่บัตรประชาชน .....

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... E-mail .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... มือถือ.....

2.ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่งปัจจุบัน

( ) นพ.สสจ. ( ) นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สสจ.

( ) นวก.เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา สสจ. ( ) ผอ.โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

( ) รอง ผอ.โรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์ ( ) ผอ.โรงพยาบาลชุมชนอาวุโส

( ) ผู้อำนวยการสำนัก/สถาบัน/ศูนย์/กอง ( ) ผู้อำนวยการวิทยาลัย

( ) อื่นๆ โปรดระบุ .....

ระดับ ..... อัตราเงินเดือน ..... บาท

ดำรงตำแหน่งปัจจุบันเมื่อ ..... รวม ..... ปี .....เดือน

สถานที่ปฏิบัติงาน

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....

3.ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี : .....สถาบันการศึกษา.....ปี พ.ศ.....

ปริญญาโท : .....สถาบันการศึกษา.....ปี พ.ศ.....

ปริญญาเอก : .....สถาบันการศึกษา.....ปี พ.ศ.....

4.ประวัติการเข้ารับการศึกษา/อบรม

หลักสูตรฝึกอบรม	รุ่น/ปีการศึกษา
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

4.วัตถุประสงค์/เป้าหมาย การสมัครเข้ารับการอบรมในหลักสูตร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5.ผู้สมัครคิดว่าสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

6.หากท่านได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรม ท่านจะเสนอหัวข้อการศึกษาส่วนบุคคล (IS) ในประเด็นใด

6.1 .....

6.2 .....

7. การรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน (ผู้บังคับบัญชาขึ้นไป 1 ระดับ)

ข้าพเจ้า .....

ตำแหน่ง ..... หน่วยงาน .....

ผู้บังคับบัญชาของ .....**ผู้สมัครเข้ารับการอบรมในหลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ 35 ขอรับรองต่อวิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข ว่าหน่วยงานต้นสังกัดยินยอมและสนับสนุนให้ผู้สมัครข้างต้นเข้าศึกษาอบรมและร่วมกิจกรรมทั้งปวงตามที่วิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุขกำหนดไว้ในหลักสูตรฯ ได้อย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรม**

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....