



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ 25 ส.ค. 2554
วันที่ 25 ส.ค. 2554
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ ๐๒ ๒๐๑ ๑๕๔๗ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๗๒๙๖

ด่วนที่สุด

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖/ว.๑๑๒๓

ฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล
รับเลขที่ ๒๕๓
วันที่ 25 ส.ค. 54
เวลา 15.00.

วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔

เรื่อง การอบรมหลักสูตร "การบริหารโรงพยาบาล" รุ่นพิเศษ ประจำปี ๒๕๕๔

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/คณบดี/หัวหน้าส่วนงาน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครเข้ารับการอบรม

๒. แผ่นพับการอบรมหลักสูตร "การบริหารโรงพยาบาล" รุ่นพิเศษ ประจำปี ๒๕๕๔

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะจัดให้มีการอบรมหลักสูตร "การบริหารโรงพยาบาล" รุ่นพิเศษ ประจำปี ๒๕๕๔ ระหว่างวันที่ ๔ กรกฎาคม ถึงวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๔

ในการนี้ ถ้ามีผู้สนใจและมีคุณสมบัติตามที่ระบุไว้ในรายละเอียดหลักสูตรประสงค์ จะเข้ารับการอบรมในหลักสูตรดังกล่าว ขอให้กรอกรายละเอียดในใบสมัครให้ครบถ้วน และส่งกลับมายังคณะภายในวันจันทร์ที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔ ซึ่งเป็นวันสุดท้ายของการรับสมัครด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฯ

-เพื่อโปรดทราบ

-เห็นสมควรให้ กุณภักตินันต์ ประชาสัมพันธ์

ขอแสดงความนับถือ

ขอ
วช
๒๘ ส.ค. ๕๔

๒๘ ส.ค. ๕๔

(ศาสตราจารย์สมนึก ดำรงกิจชัยพร)

รองคณบดีฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล

E - mailAddress : rahas@diamond.mahidol.ac.th

๒๕๕.๕.๖.๕๔



โรงเรียน
การบริหารงานโรงพยาบาล

โบสถ์นครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร "การบริหารโรงพยาบาล" รุ่นพิเศษ

ประจำปี ๒๕๕๔ ระหว่างวันที่ ๔ กรกฎาคม - ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๔

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โทร. ๐๒ ๒๐๑ - ๑๕๔๗ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ - ๗๒๔๖ E-mail rahas@diamond.mahidol.ac.th

ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

รายละเอียดส่วนตัว

๑. ชื่อ(นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....
ชื่อ - นามสกุล ภาษาอังกฤษ.....
ตำแหน่ง(ภาษาอังกฤษ).....
วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี
๒. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
๓. สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
ตำแหน่ง.....ระดับ.....
ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่(กรณีเป็นแพทย์).....
ที่อยู่.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
๔. ประเภทอาหาร: มังสวิรัติ อิสลาม ไทย

ประวัติการทำงาน

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง/หน้าที่	สังกัด

ท่านเคยผ่านการอบรมทางด้านการบริหารโรงพยาบาลหรือไม่

- ไม่เคย เคย (โปรดระบุ) หลักสูตร.....

เหตุผลที่ท่านสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามหลักสูตรที่กำหนดทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาลทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....ซึ่งเป็น
ผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูล
ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินยอมนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร
และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบแจ้งรายรายละเอียดการการอบรม (กรณีได้รับการคัดเลือก)

หลักสูตร "การบริหารโรงพยาบาล" รุ่นพิเศษ ประจำปี ๒๕๕๔

๑. รายละเอียดการเข้ารับการอบรม (ภายในวันศุกร์ที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๕๔)

- โทรศัพท์ยืนยันการเข้ารับการอบรมที่หมายเลข ๐๒ ๓๕๔ - ๗๒๙๖
- ทำหนังสือส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมจากต้นสังกัดมายังคณะฯ

๒. การชำระค่าลงทะเบียน (ภายในวันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๕๔)

- ชำระค่าลงทะเบียน ๘๐,๐๐๐ บาท (แปดหมื่นบาทถ้วน)

โดยโอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี

ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เลขที่บัญชี ๐๒๖ - ๒ - ๑๑๒๒๒ - ๙

- โปรดส่งหลักฐานการชำระเงินตามแบบฟอร์มด้านล่างมาที่

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ - ๗๒๙๖

- ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

-----จิกตามรอยปรุและส่งกลับตามหมายเลขโทรสารด้านบน-----

แบบฟอร์มรายละเอียด

หลักสูตร "การบริหารโรงพยาบาล" รุ่นพิเศษ ประจำปี ๒๕๕๔

๑. ชื่อ-นามสกุล ผู้อบรมตัวบรรจง (นาย, นาง, นางสาว)

ที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

๒. วันที่โอนเงิน.....ธนาคาร.....สาขา.....

เวลา.....จำนวนเงิน.....

๓. ชื่อผู้โอน/ผู้ประสานงาน.....โทรศัพท์.....

๔. ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้เข้าอบรม หน่วยงาน (โปรดระบุ).....

๕. ประเภทอาหาร อาหารไทย อาหารอิสลาม อาหารมังสวิวัติ

.....สำหรับเจ้าหน้าที่.....

▪ การชำระเงิน ชำระเงินทันตามวันที่ระบุ ยังไม่ชำระ

▪ เอกสารอื่น ๆ หนังสือส่งตัว