



# ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์  
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 12 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

เริ่มกรอกข้อมูลใบสมัคร ไปที่ข้อมูลที่เคยบันทึก

## ใบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 12 ปีการศึกษา พ.ศ.2568

ใบสมัครประกอบด้วยเอกสาร 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 รายละเอียดการรับสมัคร
- ส่วนที่ 2 การรับสมัคร
- ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองจากหัวหน้าหน่วยงาน (สำหรับผู้สมัครที่ต้องขออนุมัติต้นสังกัดเพื่อเข้าอบรม)
- ส่วนที่ 4 หนังสือรับรอง (กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร)

### หลักฐานประกอบการสมัคร

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

### กรณีเอกสาร

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

### การรับสมัคร

- สมัครออนไลน์ระหว่าง วันที่ - 18 สิงหาคม 2568 เท่านั้น
- ในการสมัคร เมื่อผู้สมัครหรือตัวแทนผู้สมัครดำเนินการกรอกใบสมัครออนไลน์ ผู้สมัครต้องดำเนินการแนบเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาคัดเลือก
- ในการสมัคร ผู้สมัครต้องกรอกข้อมูลผู้สมัครให้ครบถ้วน และแนบหลักฐานการสมัครตามที่กำหนดผ่านระบบออนไลน์ที่เว็บไซต์สถาบันมหิตลาธิเบศร เท่านั้น  
ทั้งนี้ ผู้สมัครไม่ต้องยื่นเอกสารใบสมัครมาที่สถาบันมหิตลาธิเบศร และสถาบันฯ จะไม่รับใบสมัครที่มีหลักฐานไม่ครบตามที่กำหนด ไม่รับใบสมัครทางโทรสาร (Fax) หรือ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Email)

### สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันมหิตลาธิเบศร อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 9 เลขที่ 88/19 ซอยสาธิตสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 อีเมล : mtboggm.ex@gmail.com เบอร์โทร : 0-2591-0049, 081-090-9000

คุณสิริภพ ยุวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984  
คุณพรพรรณ ริงคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629  
คุณปทุมพร ทองคำ หมายเลขโทรศัพท์ 091-082-7567  
คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

## คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษาศึกษา

การสมัครเข้ารับการคัดเลือก ผู้สมัครต้องศึกษารายละเอียดคุณสมบัติประเภทต่างๆ ในประกาศ สถาบันมหิตลาธิเบศร เรื่องคุณสมบัติและการคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษาศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาล ทาง การแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 12 ซึ่งกำหนดว่าบุคคลที่สามารถสมัครเข้ารับการศึกษาศึกษาอบรมในหลักสูตรได้ จะต้องเป็นผู้บริหารในสายวิชาชีพหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ หรือผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป **มีอายุไม่ต่ำกว่า 48 ปี** (นับจนถึงวันหมดเขตรับสมัคร) โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. สมาชิกสภาผู้ราษฎร สมาชิกวุฒิสภา ข้าราชการการเมือง (ซึ่งได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง) และข้าราชการรัฐสภาฝ่ายการเมือง (ซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายรัฐสภา)
2. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้ (ข้าราชการระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่าเดิม)
  - ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทบริหารระดับต้นขึ้นไป
  - ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับสูง
  - 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 อัตถาปณัติ ปันเอก นาวาเอก นาวาอากาศเอก หรือพันตำรวจเอกขึ้นไป ต้องดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารหน่วยงาน หรือองค์กร
6. แพทย์ผู้บริหารจากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน ข้าราชการพลเรือน หรือพนักงาน ในสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งดำรงตำแหน่งอธิการบดี รองอธิการบดี คณบดี หรือดำรงตำแหน่งบริหารของคณะแพทยศาสตร์
7. แพทย์ผู้บริหารในภาคเอกชน มีความรู้ ความสามารถ และเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง
8. แพทย์ผู้บริหารในภายใต้หน่วยงานกรุงเทพมหานคร และภายใต้หน่วยงานรัฐอื่น ซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง
9. ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรพัฒนาเอกชน ผู้ประกอบกิจการ ผู้บริหารระดับสูงของกิจการภาคเอกชน และสื่อมวลชน **มีอายุไม่ต่ำกว่า 48 ปี และอายุไม่เกิน 65 ปี** (นับจนถึงวันหมดเขตรับสมัคร)
10. เป็นบุคลากรที่คณะกรรมการหลักสูตรมีมติเห็นสมควรให้เข้ารับการศึกษาศึกษาอบรม เนื่องจากเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรืองานสาธารณะ

ทั้งนี้คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ จะพิจารณาคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษาศึกษาอบรม โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 6 ประเภท ดังต่อไปนี้

**ประเภทที่ ๑** แพทย์ผู้บริหาร จากกระทรวงสาธารณสุข (ตามคุณสมบัติข้อ ๒ และ ข้อ ๓)

**ประเภทที่ ๒** แพทย์ผู้บริหาร จากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ ๖)

**ประเภทที่ ๓** แพทย์ผู้บริหาร จากทหาร ตำรวจ กทม. และองค์กรของรัฐอื่น ๆ (ตามคุณสมบัติ ข้อ ๒, ข้อ ๓, ข้อ ๔, ข้อ ๕ และ ข้อ ๘)

**ประเภทที่ ๔** แพทย์ผู้บริหารของสถานพยาบาลภาคเอกชน หรือองค์กรเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ ๗)

**ประเภทที่ ๕** ผู้บริหารหรือผู้มีประสบการณ์บริหารในภาครัฐอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์

และสาธารณสุข (ไม่ใช่แพทย์) ผู้บริหารในกระบวนการนิติบัญญัติ ผู้บริหารสาขาวิชาชีพสุขภาพต่างๆ ผู้บริหารในกระบวนการยุติธรรม ผู้บริหารในกระบวนการคุ้มครองประชาชน ผู้บริหารในกระบวนการสื่อสารสาธารณะ ผู้บริหารการเงินการคลังระดับประเทศ ผู้บริหารในองค์กรของรัฐอื่น ๆ และผู้บริหารจากหน่วยงานที่ได้รับเชิญจากสถาบันมหิตลาธิเบศร หรือ มูลนิธิธรรมภิบาลทางการแพทย์ (ตามคุณสมบัติ ข้อ ๑, ข้อ ๒, ข้อ ๓, ข้อ ๔, ข้อ ๕, และ ข้อ ๑๐)

**ประเภทที่ ๖** ผู้บริหารจากองค์กรและหน่วยงานภาคเอกชน (ไม่ใช่แพทย์) ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุขทั้งทางตรงและทางอ้อม (ตามคุณสมบัติ ข้อ ๙) โดยมีอายุไม่เกิน ๖๕ ปี (นับจนถึงวันรับสมัคร)

### หมายเหตุ

ผู้สมัครจะต้องไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกัน กับการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่น ๑๒ (ปรพ.๑๒) ในกรณีเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เคยถูกลงโทษทางจริยธรรมในระดับพักใช้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือเพิกถอนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม



ในหลักสูตรได้ จะต้องเป็นผู้บริหารในสายวิชาชีพหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ หรือผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีอายุไม่ต่ำกว่า 48 ปี (นับจนถึงวันหมดเขตรับสมัคร) โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. สมาชิกสภาผู้ราษฎร สมาชิกวุฒิสภา ข้าราชการการเมือง (ซึ่งได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง) และข้าราชการรัฐสภาฝ่ายการเมือง (ซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายรัฐสภา)
2. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้ (ข้าราชการระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่าเดิม)
  - ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทบริหารระดับต้นขึ้นไป
  - ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับสูง
  - ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป
3. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือ ผู้ดำรงตำแหน่งอื่นที่ปฏิบัติราชการเช่นเดียวกับประเภทอำนวยการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี (ข้าราชการระดับ 8 เทียบเท่าตำแหน่งผู้ส่วนราชการกองเดิม)
4. เจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรมหาชน หรือข้าราชการเจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งดำรง



## หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง

### เอกสารแสดงความยินยอม

การสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรของสถาบันมหิตลาธิเบศร สถาบันจะขออนุญาตจัดเก็บ ใช้ และประมวลผล ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อประโยชน์ ในการให้บริการการศึกษา การอบรม/สัมมนา การวิจัย การให้บริการ ตลอดจนการสนับสนุนงานตามพันธกิจของสถาบัน โดยจัดให้มีระบบจัดเก็บข้อมูลที่ปลอดภัย ซึ่งดูแลรับผิดชอบ โดยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ และจะใช้ข้อมูลส่วนบุคคลตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้เท่านั้น

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ขอความกรุณาอ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงข้อมูล หรือได้รับคำอธิบายจากสถาบันมหิตลาธิเบศร ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย ("ประมวลผล") ข้อมูลส่วนบุคคล จนมีความเข้าใจดีแล้ว ท่านให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และท่านสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาณระหว่างท่านกับสถาบันมหิตลาธิเบศร ที่ให้ประโยชน์แก่ท่านอยู่

กรณีที่ท่านประสงค์จะขอถอนความยินยอม จะมีผลทำให้ ท่านอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง หรือ ไม่สามารถบรรลุจุดประสงค์และเป้าหมายในกิจกรรมของหลักสูตร และการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อผลการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม ท่านยินยอมหรือไม่

☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ตกลง

ผู้สมัครจะต้องไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกัน กับการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง ในกรณีเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เคยถูกลงโทษทางจริยธรรมในระดับพักใช้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือเพิกถอนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ดำเนินการต่อ



# ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์  
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 12 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

## ขั้นตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปผู้สมัคร

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

ชื่อ \*

นามสกุล \*

ชื่อเล่น \*

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

ชื่อ (อังกฤษ) \*

นามสกุล (อังกฤษ) \*

บัตรประชาชนเลขที่ \*

วันที่ออกบัตร \*

วันหมดอายุ \*

สถานที่ออกบัตร \*

บัตรข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ เลขที่

วันหมดอายุ

สถานที่ออกบัตร

วันเกิด \*

ภูมิลำเนา \*

สัญชาติ \*

ศาสนา \*

รูปถ่ายสี (ขนาด 2 นิ้ว) \*

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

ข้อมูลติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน \*

ความสัมพันธ์ \*

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ \*

#### ข้อมูลที่อยู่

เลขที่ \*

ซอย \*

จังหวัด \*

แขวง/ตำบล \*

โทรศัพท์ \*

โทรสาร

Facebook

หมู่ที่ \*

ถนน \*

เขต/อำเภอ \*

รหัสไปรษณีย์ \*

มือถือ \*

อีเมล \*

(กรุณาใช้ Email ของผู้สมัครเท่านั้น)

Line ID

#### ข้อมูลการล็อกอินเข้าระบบ

ชื่อผู้ใช้

รหัสผ่าน \*

ยืนยันรหัสผ่าน \*

Note: 1. \* = บังคับกรอกข้อมูล

2. กรณีเกิดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
- คุณเสิร์กพ ยะสุต หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
  - คุณเพชรวรรณ ริงค์เสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
  - คุณปัทมพร ทองคำ หมายเลขโทรศัพท์ 091-082-7567
  - คุณวีระยุทธ รัตนใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

บันทึกและไปต่อ



## ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์  
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 12 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

### ขั้นตอนที่ 2 : ข้อมูลการทำงานและการศึกษา

#### ข้อมูลด้านการทำงาน

|                                               |                      |
|-----------------------------------------------|----------------------|
| ตำแหน่ง<br>(ภาษาไทย) *                        | <input type="text"/> |
| สังกัด: ฝ่าย/กอง/สำนัก<br>(ภาษาไทย)           | <input type="text"/> |
| หน่วยงาน/องค์กร/<br>กระทรวง<br>(ภาษาไทย) *    | <input type="text"/> |
| ตำแหน่ง<br>(ภาษาอังกฤษ) *                     | <input type="text"/> |
| สังกัด: ฝ่าย/กอง/สำนัก<br>(ภาษาอังกฤษ)        | <input type="text"/> |
| หน่วยงาน/องค์กร/<br>กระทรวง<br>(ภาษาอังกฤษ) * | <input type="text"/> |
| ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา                         | <input type="text"/> |
| โปรดระบุ (ในกรณีส่งหนังสือราชการ)             |                      |

|                       |                                              |                |                                              |
|-----------------------|----------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------|
| ที่อยู่ทำงาน เลขที่ * | <input type="text"/>                         | หมู่ที่ *      | <input type="text"/>                         |
| ซอย *                 | <input type="text"/>                         | ถนน *          | <input type="text"/>                         |
| จังหวัด *             | <input type="text" value="-- โปรดเลือก --"/> | เขต/อำเภอ *    | <input type="text" value="-- โปรดเลือก --"/> |
| แขวง/ตำบล *           | <input type="text" value="-- โปรดเลือก --"/> | รหัสไปรษณีย์ * | <input type="text"/>                         |
| โทรศัพท์ *            | <input type="text"/>                         | โทรสาร         | <input type="text"/>                         |
| อีเมล                 | <input type="text"/>                         |                |                                              |

### ข้อมูลเลขานุการ

คำนำหน้า \* ☐ นาย ☐ นาง ☒ นางสาว ☐ นายแพทย์ ☐ แพทย์หญิง ☐ อื่น ๆ

ชื่อ \*

นามสกุล \*

โทรศัพท์

โทรสาร

อีเมล \*

มือถือ \*

### ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

### สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติ

คุณสมบัติข้อที่ \*

[เลือกหัวข้อคุณสมบัติ](#)

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

ประเภทที่ \*

-- โปรดเลือกประเภทที่สมัคร --



### ข้อมูลด้านการศึกษา

| ระดับการศึกษา     | วุฒิที่ได้รับ        | สถาบันการศึกษา       | ปี พ.ศ.              |
|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| มัธยมศึกษา        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ปริญญาตรี *       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ปริญญาโท          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ปริญญาเอก         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| อื่น ๆ (โปรดระบุ) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



กรณีเคยผ่านการศึกษาลึกสุดของสถาบัน/หน่วยงานอื่นๆ โปรดระบุโดยละเอียด

| หลักสูตร <a href="#">[เพิ่มรายการ]</a> | รุ่น / ปีการศึกษา | หมายเหตุ | ลบ |
|----------------------------------------|-------------------|----------|----|
| ปรพ                                    |                   |          | X  |
|                                        |                   |          | X  |
|                                        |                   |          | X  |

#### ข้อมูลสำหรับแพทย์กรอก

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

#### ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

| วุฒิที่ได้รับ (วว./อว.) <a href="#">[เพิ่มรายการ]</a> | จากสถาบัน | ปีที่ได้รับ | ลบ |
|-------------------------------------------------------|-----------|-------------|----|
|                                                       |           |             | X  |
|                                                       |           |             | X  |
|                                                       |           |             | X  |

#### กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

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

| ตำแหน่ง <a href="#">[เพิ่มรายการ]</a> | หน่วยงาน | ปีที่ร่วมกิจกรรม | ลบ |
|---------------------------------------|----------|------------------|----|
|                                       |          |                  | X  |
|                                       |          |                  | X  |
|                                       |          |                  | X  |

Note: 1. \* = ยังครบกรอกข้อมูล

2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
- คุณสิริภพ ยุวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
  - คุณพรพรรณ รังคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
  - คุณอัมพร ศรีเคลือบ หมายเลขโทรศัพท์ 062-001-1554
  - คุณวีระยุทธ รินใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

⏪ ย้อนกลับ

⏩ บันทึกและไปต่อ





# ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 12 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

เลือกไฟล์

ไม่มีไฟล์ที่เลือก

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

[รายละเอียดเอกสารแนบ](#)

\*ท่านสามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมหากมีข้อความเกินเนื้อที่ที่กำหนดให้

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความสนใจในการศึกษาการจัดทำเอกสารวิชาการในหัวข้อหรือประเด็นใด หัวข้อผลงานวิชาการของ ปรพ. 1-11 ที่ผ่านมา (110 หัวข้อ)

อันดับ 1 เกี่ยวกับ

[เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ](#)

ศึกษาวิจัยสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายสุขภาพของประเทศ เพื่อเตรียมตัวรับมือกับภาวะเศรษฐกิจถดถอย (Global economic recession) เพื่อให้เกิดสมดุลระหว่างสุขภาพของประชาชน การเงินการคลังของประเทศ และความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน ในเศรษฐกิจกลุ่มต่าง ๆ รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพ (Healthcare Financial Model Reform for recession)

อันดับ 2 เกี่ยวกับ

[เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ](#)

การใช้หลักธรรมาภิบาล วิเคราะห์แนวคิด "การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล" ที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทย ที่มี "คุณภาพและยั่งยืน"

อันดับ 3 เกี่ยวกับ

[เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ](#)

ศึกษาวิจัยคุณลักษณะ (Attribute) ของบุคลากรทางการแพทย์ ในยุคต่อไป อาทิ แพทย์, พยาบาล (Healthcare professional) ที่มีคุณลักษณะเหมาะสม เป็นที่ต้องการ เพื่อการปรับปรุงระบบแพทยศาสตรศึกษา, การสร้างระบบบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข, และการควบคุมมาตรฐานและ จริยธรรมเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพของประเทศ ที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เพื่อนำเสนอแนะแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ทางการแพทย์ในเรื่องใดที่จะสามารถแลกเปลี่ยนในกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้

แนบเอกสารเพิ่มเติม

ไม่มีไฟล์ที่เลือก

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

[รายละเอียดเอกสารแนบ](#)

ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สำคัญ (\* ต้องไม่อยู่ระหว่างการศึกษา)

|               |      |                 |      |                |      |
|---------------|------|-----------------|------|----------------|------|
| ปณพ. รุ่นที่  | พ.ศ. | วปอ. รุ่นที่    | พ.ศ. | พตส. รุ่นที่   | พ.ศ. |
| ปอพ. รุ่นที่  | พ.ศ. | บยส. รุ่นที่    | พ.ศ. | นรป. รุ่นที่   | พ.ศ. |
| ปกพ. รุ่นที่  | พ.ศ. | วปอ.บอ. รุ่นที่ | พ.ศ. | TepCot รุ่นที่ | พ.ศ. |
| ปปปร. รุ่นที่ | พ.ศ. | วตท. รุ่นที่    | พ.ศ. |                |      |

ในโครงการนี้จะมีการทำกิจกรรมแพทย์อาสาเพื่อสังคมโดยออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทาง เฉลิมพระเกียรติฯ ร่วมกับมูลนิธิธรรมภิบาลทางการแพทย์ และ แพทยสภา ในเดือน พ.ค. 2569

หากท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทย์อาสา ในด้านใดโดยสมัครใจ โปรดใส่รายละเอียด

#### กรณีแพทย์

- ☐ 1. เคยร่วมออกหน่วยแพทย์อาสาของแพทยสภา ใน (โปรดระบุโครงการ)

- ☐ 2. ร่วมออกตรวจรักษา ผ่าตัดคนไข้ หรือ สอนแพทย์ในพื้นที่ จัดหน่วยแพทย์ร่วมทีมจากหน่วยงานในสังกัดตนเอง หรือสังกัดอื่น (โปรดระบุสาขา)

- ☐ 3. จัดหาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ใช้ในโครงการฯ (โปรดระบุ)

#### กรณีบุคคลทั่วไป และแพทย์

- ☒ 4. จัดเรื่องประสานงาน organizer ในงานแพทย์อาสา  
☐ 5. เรื่องการจัดอาหาร เสื้อผ้า สวัสดิการ และดูแลประชาชน  
☐ 6. เรื่องการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ และ สิ่งพิมพ์  
☐ 7. จัดหน่วยบริการประชาชนอื่นๆ ร่วมทีม (จากหน่วยงานอื่นๆที่มีใช้แพทย์) (โปรดระบุ)

- ☐ 8. ประสงค์บริจาคสิ่งของให้โรงพยาบาลหรือประชาชนร่วมในโครงการ (โปรดระบุ)

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

บุคคลรับรองที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแพทยสภา หรือ ปพพ.รุ่น 1-11 (ถ้ามี) : ระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน หมายเลขโทรศัพท์

1. 

สถาบันมหิตลาลิเบศร
2. 

มูลนิธิธรรมภิบาลทางการแพทย์

เหตุผลที่ท่านต้องการสมัครเข้าศึกษาใน ปพพ.รุ่นที่ 12

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

|                   |                                                 |                                                    |                                         |                                         |                  |
|-------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|
| การรับประทานอาหาร | <input checked="" type="checkbox"/> อาหารทั่วไป | <input type="checkbox"/> อาหารฮาลาล (มุสลิม)       | <input type="checkbox"/> อาหารเจ        | <input type="checkbox"/> อาหารมังสวิรัต |                  |
|                   | <input type="checkbox"/> แพ้อาหารทะเล           | <input type="checkbox"/> ไม่รับประทานอาหารเนื้อวัว | <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ | <div></div>                             |                  |
| การสูบบุหรี่      | <input type="radio"/> สูบบุหรี่                 | <input checked="" type="radio"/> ไม่สูบบุหรี่      |                                         |                                         |                  |
| ไซส์เสื้อ Jacket  | <div>XS</div>                                   | ไซส์เสื้อ Polo                                     | <div>XS</div>                           | ขนาดรอบเอว                              | <div>25.00</div> |
| ความสูง (ซ.ม.)    | <div>156.00</div>                               | น้ำหนัก (ก.ก.)                                     | <div>45.00</div>                        | ขนาดรอบอก                               | <div>32.00</div> |

Note: 1. \* = บังคับกรอกข้อมูล

2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
- คุณสิรภพ ยวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
  - คุณพรพรรณ ริงคเสน หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
  - คุณเปรมพร ทองคำ หมายเลขโทรศัพท์ 091-082-7567
  - คุณวิระยุทธ รินใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

ย้อนกลับ

บันทึกและไปต่อ





# ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 12 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

## ขั้นตอนที่ 4 : ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

1. เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ไว้ ณ ที่นี้ว่า เอกสารนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า อันเป็นการบ่งชี้ตัวของข้าพเจ้าที่อยู่ในครอบครองของสถาบันมหิดลาริเบศร ในกรณีที่มีผู้อื่นมาขอตรวจสอบ หรือขอคัดสำเนาเอกสารดังกล่าว ข้าพเจ้า \*

☒ ยินยอม ให้ดำเนินการได้ ☐ ไม่ยินยอม

2. ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน

เนื่องจากหลักสูตรนี้ใช้เวลาการเรียน อาทิตย์ละ 1 วัน คือวันศุกร์ (เต็มวัน) และมีวันอื่นในบางสัปดาห์ มีกิจกรรมสัมพันธร่วมกันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด) \*

☒ ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปธพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง ตุลาคม 2568 – กรกฎาคม 2569 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปธพ. 12

3. หนังสือรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง) \*\*

\*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

4. หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดขององค์กร (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง) \*\*

\*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

5. สำเนาบัตรประชาชน \*

\*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ

\*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

6. สำเนาทะเบียนบ้าน \*

\*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ



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

\*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)

8. กรณีเอกชน

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท

\*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)

- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

\*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)

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

Note: 1. \* = บังคับกรอกข้อมูล

2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
- คุณสิริภพ ยวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
  - คุณเพชรพรณ ริงคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
  - คุณเปรมพร ทองคำ หมายเลขโทรศัพท์ 091-082-7567
  - คุณวีระยุทธ รัตนใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

 ย้อนกลับ

ถัดไป 



# ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์  
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 12 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

## ขั้นตอนที่ 5 : ยืนยันข้อมูล

ชื่อ - นามสกุล  
(ภาษาไทย)

ชื่อ - นามสกุล  
(ภาษาอังกฤษ)

บัตรประชาชนเลขที่

สถานที่ออกบัตร

บัตรข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ของรัฐ/  
รัฐวิสาหกิจ เลขที่

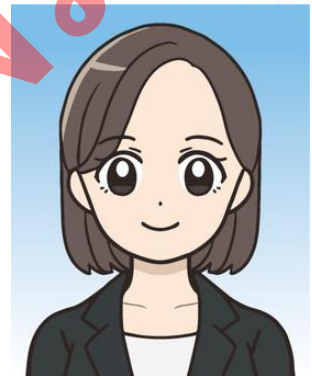
สถานที่ออกบัตร

วันเกิด

สัญชาติ

ข้อมูลคนที่ติดต่อได้ในกรณี  
ฉุกเฉิน

ความสัมพันธ์



### ข้อมูลที่อยู่

ที่อยู่

### ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่ง

สังกัดฝ่าย/กอง/สำนัก

หน่วยงาน/องค์กร/กระทรวง

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา

ที่อยู่ทำงาน

### ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่ง  
สังกัดฝ่าย/กอง/สำนัก  
หน่วยงาน/องค์กร/กระทรวง  
ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา  
ที่อยู่ทำงาน

เลขานุการ

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

### ข้อมูลด้านการศึกษา

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

### กรณีเคยผ่านการศึกษาลึกสุดของสถาบัน/หน่วยงานอื่นๆ

| หลักสูตร | รุ่น / ปีการศึกษา | หมายเหตุ |
|----------|-------------------|----------|
| ปธพ      |                   |          |

### ข้อมูลสำหรับแพทย์

ใบประกอบวิชาชีพ  
เวชกรรมเลขที่  
จบการศึกษา  
แพทยศาสตรบัณฑิต  
จาก

MD Card เลขที่

รุ่น / ปี พ.ศ. /



ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

| วุฒิที่ได้รับ (วว./อว.) | จากสถาบัน | ปีที่ได้รับ |
|-------------------------|-----------|-------------|
|                         |           |             |

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

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

| ตำแหน่ง | หน่วยงาน | ปีเข้าร่วมกิจกรรม |
|---------|----------|-------------------|
|         |          |                   |

ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม

จำนวนครั้งที่ท่านเคยสมัครเรียนปรอทมาก่อนหน้านี้แล้ว

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

ผู้สมัครคิดว่าสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

[รายละเอียดเอกสารแนบ](#)

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความสนใจในการศึกษาการจัดทำเอกสารวิชาการในหัวข้อหรือประเด็นใด

อันดับ 1 เกี่ยวกับ

อันดับ 2 เกี่ยวกับ

อันดับ 3 เกี่ยวกับ

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ทางการแพทย์ในเรื่องใดที่จะสามารถแลกเปลี่ยนในกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้

[รายละเอียดเอกสารแนบ](#)

ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สำคัญ \*ต้องไม่อยู่ระหว่างการศึกษา

|              |      |                 |      |                 |      |
|--------------|------|-----------------|------|-----------------|------|
| ปณพ. รุ่นที่ | พ.ศ. | วปอ. รุ่นที่    | พ.ศ. | พตส. รุ่นที่    | พ.ศ. |
| ปอพ. รุ่นที่ | พ.ศ. | บยส. รุ่นที่    | พ.ศ. | นธป. รุ่นที่    | พ.ศ. |
| ปกพ. รุ่นที่ | พ.ศ. | วปอ.บอ. รุ่นที่ | พ.ศ. | TepCot. รุ่นที่ | พ.ศ. |
| ปปร. รุ่นที่ | พ.ศ. | วตท. รุ่นที่    | พ.ศ. |                 |      |

หลักสูตรระดับสูงอื่น ๆ โปรดระบุ

ในโครงการนี้จะมีการทำกิจกรรมแพทย์อาสาเพื่อสังคมโดยออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ร่วมกับมูลนิธิธรรมภิบาลทางการแพทย์ และ แพทยสภา ในเดือน 2569

หากท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทย์อาสา ในด้านใดโดยสมัครใจ โปรดให้รายละเอียด

#### กรณีแพทย์

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

#### กรณีบุคคลทั่วไป และแพทย์

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

บุคคลรับรองที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแพทยสภา หรือ ปพพ.รุ่น 1-11 (ถ้ามี) : ระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน หมายเลขโทรศัพท์

- 1.
- 2.
- 3.

เหตุผลที่ท่านต้องการสมัครเข้าศึกษาใน ปพพ.รุ่นที่ 12

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกและเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

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

#### ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

1. เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ไว้ ณ ที่นี้ว่า เอกสารนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า อันเป็นการบ่งชี้ตัวของข้าพเจ้าที่อยู่ในครอบครองของสถาบันมหิดลดิเบส ในกรณีที่มิใช่อื่นมาขอตรวจสอบ หรือขอคัดสำเนาเอกสารดังกล่าว ข้าพเจ้า  
☒ ยินยอม ให้ดำเนินการได้ ☐ ไม่ยินยอม
2. ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน  
เนื่องจากหลักสูตรนี้ใช้เวลาการเรียน อาทิตย์ละ 1 วัน คือวันศุกร์ (เต็มวัน) และมีวันอื่นในบางสัปดาห์ มีกิจกรรมสัมพันธร่วมกันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด)  
☒ ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปธพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง ตุลาคม 2568 – กรกฎาคม 2569 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปธพ. 12
3. หนังสือรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)
4. หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)
5. สำเนาบัตรประชาชน [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)  
สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)
6. สำเนาทะเบียนบ้าน [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)
7. สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)
8. กรณีเอกชน  
- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)  
- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)

Note: 1. \* = บังคับกรอกข้อมูล

2. กรณีเกิดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่  
- คุณสิริภพ ยุวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984  
- คุณพรพรรณ รัตตสิน หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629  
- คุณเปรมพร ทองคำ หมายเลขโทรศัพท์ 091-082-7567  
- คุณวีระยุทธ รินใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

[ย้อนกลับ](#)

[ส่งข้อมูล](#)

หมายเหตุ : กรุณาตรวจสอบข้อมูลและเอกสารแนบของท่านให้ถูกต้องก่อน กดส่งข้อมูล (กรณีท่านกดส่งข้อมูลไปแล้วจะไม่สามารถกลับมาแก้ไขได้อีกครั้ง)