



หลักสูตรประกาศนียบัตรกฎหมายการแพทย์ รุ่นที่ 2 (ปกพ.2) ปีการศึกษา พ.ศ.
2569



รายละเอียดการสมัครเข้ารับการศีกษา

ใบสมัครประกอบด้วยเอกสาร 4 ส่วน ดังนี้

- สัปดาห์ที่ 1 รวมคะแนนสอบเข้าเรียน
 สัปดาห์ที่ 2 คะแนนสอบ
 สัปดาห์ที่ 3 คะแนนสอบและจากกิจกรรมภาคเรียน (สำหรับนักเรียนที่สอบและจากกิจกรรมภาคเรียน)
 สัปดาห์ที่ 4 คะแนนสอบและ (การฝึกฝนและการฝึกฝน) รวมคะแนนจากกิจกรรมภาคเรียนและการฝึกฝน

หลักฐานประกอบการสมัคร

1. ส่วนประกอบในข้อต่อที่เชื่อมระหว่างชิ้นงานที่กระทำในทิศทางตามยาว
2. วัสดุที่ใช้ทำข้อต่อ ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 คู่ (ทำเป็น 1 คู่ก็ได้)
3. ส่วนประกอบที่มีลักษณะคล้ายกับข้อต่อที่เชื่อมระหว่างชิ้นงาน
4. ส่วนประกอบที่มีลักษณะคล้ายกับข้อต่อที่เชื่อมระหว่างชิ้นงานที่กระทำในทิศทางตามยาว
5. ส่วนประกอบที่มีลักษณะคล้ายกับข้อต่อที่เชื่อมระหว่างชิ้นงานที่กระทำในทิศทางตามยาว

การประเมินผล

- [illegible]

- [illegible]

คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษาคือ

มติของสภาที่ประชุม ครั้งที่ 35 และต่อจากที่ประชุม 36 ของสภาที่ประชุมพิเศษ ได้มีมติให้คณะกรรมการบริหารงานของมูลนิธิฯ ดำเนินการตามมติของสภาที่ประชุมพิเศษ ครั้งที่ 35 และมติของสภาที่ประชุมพิเศษ ครั้งที่ 36 ของสภาที่ประชุมพิเศษ โดยให้คณะกรรมการบริหารงานของมูลนิธิฯ ดำเนินการตามมติของสภาที่ประชุมพิเศษ ครั้งที่ 35 และมติของสภาที่ประชุมพิเศษ ครั้งที่ 36 ของสภาที่ประชุมพิเศษ โดยให้คณะกรรมการบริหารงานของมูลนิธิฯ ดำเนินการตามมติของสภาที่ประชุมพิเศษ ครั้งที่ 35 และมติของสภาที่ประชุมพิเศษ ครั้งที่ 36 ของสภาที่ประชุมพิเศษ

1. แร่เหล็ก
2. แร่เหล็กที่พบในดินแดน (ในไทยพบ)
3. แร่เหล็กที่พบในดินแดน (ในไทยพบ)
4. แร่เหล็กที่พบในดินแดน (ในไทยพบ)

[illegible]

ระยะเวลาในการศึกษา

[illegible]

สอบภาษาอังกฤษเพิ่มเติม

สำนักงานเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร
 ชั้น 2 อาคาร 88119 ถนนสายไหมสุข 8 แขวงสายไหม เขตสายไหม
 กรุงเทพมหานคร 10100
 เว็บไซต์ : www.bscba.go.th
 E-mail : bscbsgkplaw@bscba.go.th
 โทรศัพท์ : 0-2551-0049, 081-090-9000

ศูนย์บริการ ชุมชน รวมและโทรศัพท์ 085-282-2884
 ศูนย์บริการ ชุมชน รวมและโทรศัพท์ 085-310-0505
 ศูนย์บริการ ชุมชน รวมและโทรศัพท์ 085-088-2828
 ศูนย์บริการ ชุมชน รวมและโทรศัพท์ 080-975-8900



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรกฎหมายแพทย (ปกพ.2)

รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569



การศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรกฎหมายการแพทย์ รุ่นที่ 2 (ปกพ.2) ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ข้อมูลทั่วไปผู้สมัคร

ตำแหน่ง * ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ นายแพทย์ ☐ แพทย์หญิง ☐ อื่นๆ

ชื่อ *

นามสกุล *

ชื่อเล่น *

ตำแหน่ง (อังกฤษ) *

☐ Mr. ☐ Mrs. ☐ Ms. ☐ Other

ชื่อ (อังกฤษ) *

นามสกุล (อังกฤษ) *

บัตรประชาชนเลขที่ *

วันออกบัตร *

วันหมดอายุ *

สถานที่ออกบัตร *

บัตรข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่
ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ เลขที่

วันหมดอายุ

สถานที่ออกบัตร

วันเกิด *

ภูมิลำเนา *

สัญชาติ *

ศาสนา *

รูปถ่ายสี

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

(ขนาด 2 นิ้ว) *

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

ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน *

ความสัมพันธ์ *

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ *

ข้อมูลที่อยู่

เลขที่ *		หมู่ที่ *	
ซอย		ถนน	
จังหวัด *	-- โปรดเลือก --	เขต/อำเภอ *	-- โปรดเลือก --
แขวง/ตำบล *	-- โปรดเลือก --	รหัสไปรษณีย์ *	
โทรศัพท์ *		มือถือ *	
โทรสาร		อีเมล *	
		(กรุณาใช้ Email ของผู้สมัครเท่านั้น)	
Facebook		Line ID	

ข้อมูลการล็อกอินเข้าระบบ

ชื่อผู้ใช้	
รหัสผ่าน *	
ยืนยันรหัสผ่าน *	

บันทึกและไปต่อ

< กลับ

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณวีระยุทธ รินใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900
 - คุณเชิดชวีชัย ชัยปั้น หมายเลขโทรศัพท์ 095-310-9555
 - คุณวพวรรษ เหล่าสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรกฎหมายแพทย (ปกพ.2)

รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569



การศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรกฎหมายการแพทย์ รุ่นที่ 2 (ปกพ.2) ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่ง
(ภาษาไทย) *

สังกัดฝ่าย/กอง/สำนัก
(ภาษาไทย)

หน่วยงาน/องค์กร/
กระทรวง
(ภาษาไทย) *

ตำแหน่ง
(ภาษาอังกฤษ) *

สังกัดฝ่าย/กอง/สำนัก
(ภาษาอังกฤษ)

หน่วยงาน/องค์กร/
กระทรวง
(ภาษาอังกฤษ) *

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา

โปรดระบุ (ในกรณีส่งหนังสือราชการ)

ที่อยู่ทำงาน เลขที่ *

ชื่อ

จังหวัด *

แขวง/ตำบล *

โทรศัพท์ *

อีเมล

หมู่ที่ *

ถนน

เขต/อำเภอ *

รหัสไปรษณีย์ *

โทรศัพท์

ข้อมูลเลขานุการ

ตำแหน่ง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ นายแพทย์ ☐ แพทย์หญิง ☐ อื่นๆ

ชื่อ

นามสกุล

โทรศัพท์

โทรสาร

อีเมล

มือถือ

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

ประเด็นปัญหาทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ที่ท่านเคยพบ โดยประสงค์จะเรียนรู้ และแชร์ประสบการณ์

ข้อเสนอแนะ สำหรับกรรมการหลักสูตร ที่ท่าน อยากให้มี

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติและประเภท

คุณสมบัติข้อที่ *

-- โปรดเลือกคุณสมบัติข้อที่ --



ประเภทที่ *

-- โปรดเลือกประเภทที่สมัคร --



ข้อมูลด้านการศึกษา

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ	สถาบันการศึกษา	ปี พ.ศ.
ปริญญาตรี *			
ปริญญาโท			
ปริญญาเอก			
อื่น ๆ (โปรดระบุ)			

ข้อมูลสำหรับแพทย์กรอก

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

- ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

วุฒิที่ได้รับ (วว./ว.) [เพิ่มรายการ]	จากสถาบัน	ปีที่ได้รับ	ลบ
			X
			X
			X

- กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

(ได้แก่ คณะกรรมการ, อนุกรรมการของแพทยสภา, กรรมการวิชาชีพสาขาสี 15 แห่ง, ศร. คนท. สฟท. และอดีตกรรมการ)

ตำแหน่ง [เพิ่มรายการ]	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม	ลบ
			X
			X
			X

☒ บันทึกและไปต่อ

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณวิระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-8900
 - คุณเชิดชัย ชัยบ้าน หมายเลขโทรศัพท์ 095-310-9555
 - คุณวพระ เทลสาวย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรกฎหมายแพทย (ปกพ.2)

รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569



การศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรกฎหมายการแพทย์ รุ่นที่ 2 (ปกพ.2) ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 **ขั้นตอนที่ 3** ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนที่ 5

กรณีเคยผ่านการศึกษหลักสูตรของสถาบันอื่นๆ โปรดระบุโดยละเอียด

ปวช. รุ่นที่	พ.ศ.	ปวช. รุ่นที่	พ.ศ.	ปวช. รุ่นที่	พ.ศ.
ปวช. รุ่นที่	พ.ศ.	ปวช. รุ่นที่	พ.ศ.	ปวช. รุ่นที่	พ.ศ.
ปวช. รุ่นที่	พ.ศ.	ปวช. รุ่นที่	พ.ศ.	ปวช. รุ่นที่	พ.ศ.
ปวช. รุ่นที่	พ.ศ.	ปวช. รุ่นที่	พ.ศ.	ปวช. รุ่นที่	พ.ศ.

หลักสูตรระดับสูงอื่นๆ โปรดระบุ

หลักสูตร (ปีการศึกษา)	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ	ลบ
			X
			X
			X

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกและเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร

☐ ลาพักป่วย

☐ ลาพักเรียน (ฉุกเฉิน)

☐ ลาพักงาน

☐ ลาพักอื่น

☐ ลาพักอื่น

☐ ลาพักอื่น

☐ ลาพักอื่น

การขึ้นรถ

☐ ขึ้นรถ

☒ ไม่ขึ้นรถ

ชื่อชื่อ Jack

ชื่อชื่อ Jack

นามสกุล (ป.ม.)

นามสกุล (ป.ม.)

[บันทึกและไปต่อ](#) [← กลับ](#)

Note

- * = ข้อควรระวัง
- กรณีเกิดปัญหาเรื่องใบสมัครสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - ศูนย์บริการ รับเรื่อง ขอเอกสารใบสมัคร (020-070-0000)
 - ศูนย์บริการ รับเรื่อง ขอเอกสารใบสมัคร (020-070-0000)
 - ศูนย์บริการ รับเรื่อง ขอเอกสารใบสมัคร (020-070-0000)



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรกฎหมายแพทย (ปกพ.2)

รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569



การศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรกฎหมายการแพทย์ รุ่นที่ 2 (ปกพ.2) ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

1. ข้อตกลง

- ☐ ข้าพเจ้ายอมรับว่าการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวเป็นดุลพินิจของคณะกรรมการที่ทำหน้าที่คัดเลือกนักศึกษา และสถาบันมหิดลธิเบศร และข้าพเจ้ายอมรับการวินิจฉัยของคณะกรรมการสถาบันมหิดลธิเบศร ในทุกกรณี โดยไม่โต้แย้งดำเนินการใด ๆ ตามกฎหมายทั้งสิ้น
- ☐ ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมว่าหากได้เข้ารับการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษาสถาบันมหิดลธิเบศร ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ กฎเกณฑ์ และเงื่อนไขข้อกำหนดของสถาบันมหิดลธิเบศร หลักสูตรการศึกษาและเงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาทุกประการ
- ☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากระบุข้อมูลที่ไม่จริงจากความจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษาสถาบันมหิดลธิเบศร หรือถูกปลดออกจากการเป็นนักศึกษาสถาบันมหิดลธิเบศร โดยไม่มีข้อเรียกร้องใด ๆ

ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน

เนื่องจากหลักสูตรนี้ใช้เวลาการเรียน อาทิตย์ละ 1 วัน คือวันอังคาร (เต็มวัน) และมีการดูงานในพื้นที่ราชการ พร้อมทั้งมีกิจกรรมสัมพันธสัมพันธ์ร่วมกันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด) *

- ☐ ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปกพ. 2 ตลอดระยะเวลาการศึกษาระหว่าง 7 เมษายน 2569 - 18 สิงหาคม 2569 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปกพ. 2

2. เอกสารหลักฐานต่าง ๆ

2.1 หนังสือรับรองจากหัวหน้าหน่วยงาน (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง) **

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

2.2 หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง) **

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

2.3 สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง *

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

2.4 สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ / พนักงานของรัฐ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

2.5 สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง *

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

2.6 สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง *

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

2.7 กรณีเอกชน

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ่นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณวีระยุทธ รื่นไหม หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900
 - คุณเชิดวิช ชัยปิ่น หมายเลขโทรศัพท์ 095-310-9555
 - คุณวพรรษ เหล่าสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรกฎหมายแพทย (ปกพ.2)

รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569



การศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรกฎหมายการแพทย์ รุ่นที่ 2 (ปกพ.2) ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

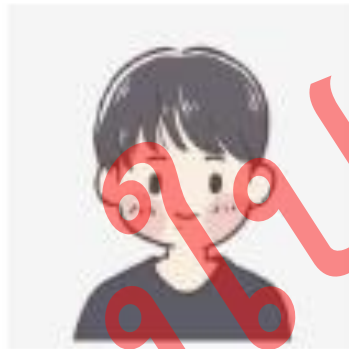
ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ยืนยันข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปผู้สมัคร



ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)

บัตรประชาชนเลขที่

สถานที่ออกบัตร

บัตรข้าราชการ : เจ้าพนักงานเวช
รัฐวิสาหกิจ : เลขที่

สถานที่ออกบัตร

วันเกิด

ภูมิลำเนา

สัญชาติ

ศาสนา

ชื่อและตำแหน่งติดต่อในการติดต่อ

ความสัมพันธ์

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

อีเมล

Facebook

Line ID

ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่ง

สังกัดฝ่าย/กอง/สำนัก

หน่วยงาน/องค์กร/กระทรวง

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา

ที่อยู่ทำงาน

เลขานุการ

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

ประเด็นปัญหาทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ที่ผ่านเคยพบ โดยประสงค์จะเรียนรู้ และแชร์ประสบการณ์

ข้อเสนอแนะ สำหรับกรรมการหลักสูตร ที่ท่าน อยากให้มี

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติ

ข้อมูลด้านการศึกษา

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

ข้อมูลสำหรับแพทย์

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

MD Card เลขที่

จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก

รุ่น / ปี พ.ศ.

- ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

วุฒิที่ได้รับ (รว./อว.)	จากสถาบัน	ปีที่ได้รับ

- กรณีเคยผ่านการศึกษาลัทธิของสถาบันอื่นๆ โปรดระบุโดยละเอียด

ปธพ. รุ่นที่	พ.ศ.	ปปร. รุ่นที่	พ.ศ.	วตท. รุ่นที่	พ.ศ.
ปวพ. รุ่นที่	พ.ศ.	วปอ. รุ่นที่	พ.ศ.	พดส. รุ่นที่	พ.ศ.
ปอพ. รุ่นที่	พ.ศ.	บยส. รุ่นที่	พ.ศ.	นธป. รุ่นที่	พ.ศ.
ปตพ. รุ่นที่	พ.ศ.	มินิ วปอ. รุ่นที่	พ.ศ.	TepCot. รุ่นที่	พ.ศ.

หลักสูตรระดับสูงอื่นๆ โปรดระบุ

หลักสูตร	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ

- กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

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

ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ปีเข้าร่วมกิจกรรม

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขอละเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร

☐ อาหารทั่วไป

☐ อาหารทะเล

☐ อาหารฮาลาล (มุสลิม)

☐ ไม่รับประทานอาหารเนื้อวัว

☐ อาหารเจ

☐ อื่นๆ โปรดระบุ

☐ อาหารมังสวิรัติ

การสนับสนุน

☐ สนับสนุน

☒ ไม่สนับสนุน

ไซส์เสื้อ Jacket

ไซส์เสื้อ Polo

ขนาดรอบเอว

0.00

ความสูง (ซม.)

0.00

น้ำหนัก (ก.ก.)

0.00

ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

1. ข้อตกลง

- ข้าพเจ้ายอมรับว่าการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวเป็นดุลพินิจของคณะกรรมการ สถาบันที่ตลาดิเบร ในทุกกรณี โดยไม่คิดใจดำเนินการใด ๆ ตามกฎหมายทั้งสิ้น
- ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมว่าหากได้เข้ารับการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษาสถาบันที่ตลาดิเบร ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ กฎเกณฑ์ และเงื่อนไขข้อกำหนดของสถาบันที่ตลาดิเบร หลักสูตรการศึกษา และเงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาทุกประการ
- ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่า หากระบุข้อมูลที่ไม่ดีจากความจริง จะเป็นสาเหตุให้อุบัติการณ์จากการเป็นนักศึกษาสถาบันที่ตลาดิเบร หรือถูกปลดออกจากการเป็นนักศึกษาสถาบันที่ตลาดิเบร โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน

เนื่องจากหลักสูตรนี้ใช้เวลาการเรียน อาทิตย์ละ 1 วัน คือวันอังคาร (เต็มวัน) และมีการดำเนินงานในพื้นที่ราชการ พร้อมทั้งมีกิจกรรมสัมมนาวันร่วมกันต่อเนื่องเป็นบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด)

- ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปกพ. 2 ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง 7 เมษายน 2569 - 18 สิงหาคม 2569 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกันหลักสูตร ปกพ. 2

2. เอกสารหลักฐานต่าง ๆ

- หนังสือรับรองจากหัวหน้าหน่วยงาน (รายละเอียดเอกสารแนบ)
- หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร (รายละเอียดเอกสารแนบ)
- สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (รายละเอียดเอกสารแนบ)
- สำเนามัตราราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ / พนักงานของรัฐ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (รายละเอียดเอกสารแนบ)
- สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (รายละเอียดเอกสารแนบ)
- กรณีเอกชน
 - เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
 - ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณวีระยุทธ รินโหม หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900
 - คุณเชิดวิช ชัยปิ่น หมายเลขโทรศัพท์ 095-310-9555
 - คุณวพรรษ เทลาสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626

✓ ส่งข้อมูล < ย้อนกลับ

หมายเหตุ : กรุณาตรวจสอบข้อมูลและเอกสารแนบของท่านให้ถูกต้องก่อน กดส่งข้อมูล (กรณีท่านกดส่งข้อมูลไปแล้วจะไม่สามารถกลับมาแก้ไขได้อีกครั้ง)