ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา
หลักสูตรดิจิทัลทางการแพทย์ (ปดพ.2)
รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569



หลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

เริ่มกรอกข้อมูลใบสมัคร | ไปที่ข้อมูลที่เคยบันทึก

รายละเอียดการสมัครเข้ารับการศึกษา

ใบสมัครประกอบด้วยเอกสาร 4 ส่วน ดังนี้

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

หลักฐานประกอบการสมัคร

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

กรณีเอกชน

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท

1. สมัครออนไลน์ **วันนี้ – 30 พฤศจิกายน 2569**
2. ในการสมัคร เมื่อผู้สมัครหรือตัวแทนผู้สมัครดำเนินกรอกใบสมัครออนไลน์ และแนบเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน ตามที่กำหนดผ่านระบบออนไลน์ที่เว็บไซต์สถาบันมหิดลาธิเบศรเท่านั้น เพื่อใช้ประกอบในการพิจารณาคัดเลือก
3. ทั้งนี้ ผู้สมัครไม่ต้องยื่นเอกสารใบสมัครมาที่สถาบันมหิดลาธิเบศร และสถาบันฯ จะไม่รับใบสมัครที่มีหลักฐานไม่ครบตามที่กำหนด ไม่รับใบสมัครทางโทรสาร (Fax) หรือ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Email)

คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษา

มีอายุไม่ต่ำกว่า 35 ปี และไม่เกิน 65 ปี (นับจนถึงวันรับสมัคร) และต้องวุฒิการศึกษา ไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ไม่เป็นผู้ผิดนัดชำระหนี้ในระบบกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) และมีประสบการณ์การทำงานหรือการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข หรืองานด้านดิจิทัล เทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ โดยผู้ที่จะเข้ารับการศึกษาอบรมในหลักสูตร จะต้องมีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

1. แพทย์
2. บุคลากรทางด้านการแพทย์ (ไม่ใช่แพทย์)
3. บุคลากรทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (ไม่ใช่แพทย์)
4. บุคลากรทั่วไป ทั้งภาครัฐและเอกชน (ไม่ใช่แพทย์)

หมายเหตุ

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ จะพิจารณาคัดเลือกและสัมภาษณ์ผู้เข้ารับการศึกษาอบรมในภาคเอกชน และผู้เข้ารับการศึกษาต้องไม่อยู่ระหว่างการอบรมหลักสูตรอื่น ที่มีระยะเวลาการศึกษาในขณะเดียวกัน ในกรณีเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เคยถูกลงโทษทางจริยธรรมในระดับพักใช้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือเพิกถอนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ พิจารณาเห็นว่าจะเป็น อุปสรรคต่อการศึกษาและในการพิจารณาคัดเลือกผู้สมัครเข้ารับการศึกษาคณะกรรมการ หลักสูตรฯ ทรงไว้ซึ่ง**สิทธิ์เด็ดขาด**ในการใช้เขิญเข้าเป็นนักศึกษาในหลักสูตรดังกล่าว

ระยะเวลาในการศึกษา

การเรียนการสอนในหลักสูตรจะใช้เวลาเรียนประมาณ 13 สัปดาห์ (รวม 102 ชั่วโมง) โดยเรียนสัปดาห์ละ 1 หรือ 2 วัน (วันเสาร์เต็มวัน และวันศุกร์บางสัปดาห์) (ศึกษาดูงาน) ระหว่างเวลา 08.30 – 16.30 น. (ยกเว้นกรณีศึกษาดูงานต่างจังหวัดและต่างประเทศ) ณ อาคารมหิดลาธิเบศร แพทยสภา กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี และสถานที่ที่สถาบันฯ กำหนดกรณีมีการศึกษาดูงานและกิจกรรมการเรียนรู้พิเศษนอกสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งจะแจ้งล่วงหน้า

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่

สถาบันมหิดลาธิเบศรอาคารมหิดลาธิเบศร
ชั้น 9 เลขที่ 88/19 ซอยสาธารณสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เว็บไซต์ www.mdi.or.th
E-mail : mtbggm.mdx@gmail.com
เบอร์โทร : 0-2591-0049, 081-090-9000

คุณนวพรรษ เหล่าสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626
คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

เริ่มกรอกข้อมูลใบสมัคร

ตัวอย่างใบสมัคร

ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรดิจิทัลทางการแพทย์ (ปดพ.2)

รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

หลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

รายละเอียดการสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรกฎหมายการแพทย์

เอกสารแสดงความยินยอม

• ยินยอม ○ ไม่ยินยอม

ตัวอย่างใบสมัคร

ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรดิจิทัลทางการแพทย์ (ปดพ.2)

รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569



การศึกษาหลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5

ข้อมูลทั่วไปผู้สมัคร

คำนำหน้า * ○ นาย ○ นาง ◉ นางสาว ○ นายแพทย์ ○ แพทย์หญิง ○ อื่นๆ

ชื่อ * นามสกุล *

ชื่อเล่น *

คำนำหน้า (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) * เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

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

ตัวอย่างใบสมัคร

ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน *

ความสัมพันธ์ * | หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ *

ข้อมูลที่อยู่

เลขที่ * | หมู่ที่ *

ซอย | ถนน

จังหวัด * | เขต/อำเภอ *

แขวง/ตำบล * | รหัสไปรษณีย์ *

โทรศัพท์ * | มือถือ *

โทรสาร | อีเมล์ *

(กรุณาใช้ Email ของผู้สมัครเท่านั้น)

Facebook | Line ID

ข้อมูลการล็อกอินเข้าระบบ

ชื่อผู้ใช้

รหัสผ่าน *

ยืนยันรหัสผ่าน *

บันทึกและไปต่อ | กลับ

Note

1. * = บังคับกรอกข้อมูล
2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
   - คุณนวพรรษ เหล่าสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626
   - คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

ตัวอย่างใบสมัคร

ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรดิจิทัลทางการแพทย์ (ปดพ.2)

รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569



การศึกษาหลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5

ตัวอย่างใบสมัคร

ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่ง (ภาษาไทย) *

สังกัด:ฝ่าย/กอง/สำนัก (ภาษาไทย)

หน่วยงาน/องค์กร/กระทรวง (ภาษาไทย) *

ตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ) *

สังกัด:ฝ่าย/กอง/สำนัก (ภาษาอังกฤษ)

หน่วยงาน/องค์กร/กระทรวง (ภาษาอังกฤษ) *

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา

โปรดระบุ (ในกรณีส่งหนังสือราชการ)

ที่อยู่ที่ทำงาน เลขที่ *

หมู่ที่ *

ซอย

ถนน

จังหวัด *

เขต/อำเภอ *

แขวง/ตำบล *

รหัสไปรษณีย์ *

โทรศัพท์ *

โทรสาร

อีเมล์

ข้อมูลเลขานุการ

คำนำหน้า ○ นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ นายแพทย์ ○ แพทย์หญิง ○ อื่น ๆ

ชื่อ | นามสกุล

โทรศัพท์ | โทรสาร

อีเมล์ | มือถือ

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

ปัญหาที่ท่านพบในวงการ ดิจิตอลเฮลท์ ที่ท่านอยากเรียนรู้ และแชร์ประสบการณ์

ข้อเสนอแนะ สำหรับกรรมการหลักสูตร ที่ท่าน อยากให้มี

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติและประเภท

คุณสมบัติข้อที่ *

ประเภทที่ *

ตัวอย่างใบสมัคร

ข้อมูลด้านการศึกษา

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

ข้อมูลสำหรับแพทย์กรอก

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

MD Card เลขที่

จบการศึกษาแพทยศาสตร์บัณฑิตจาก

รุ่น / ปี พ.ศ.

- ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

วุฒิที่ได้รับ (วว./อว.) [เพิ่มรายการ]	จากสถาบัน	ปีที่ได้ระบุ	ลบ
			X
			X
			X

- กิจกรรมที่เกี่ยวเนื่องกับแพทยสภา

(ได้แก่ คณะกรรมการ, อนุกรรมการของแพทยสภา, กรรมการราชวิทยาลัย 15 แห่ง, สรว. สนพ. สจพ. และอดีตกรรมการ)

ตำแหน่ง [เพิ่มรายการ]	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม	ลบ
			X
			X
			X

บันทึกและไปต่อ | < กลับ

Note

1. * = บังคับกรอกข้อมูล
2. กรณีพบปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
   - คุณนวพรรษ เหล่าสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626
   - คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-8900

ตัวอย่างใบสมัคร

ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา
หลักสูตรดิจิทัลทางการแพทย์ (ปดพ.2)
รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569



การศึกษาหลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5

กรณีเคยผ่านการศึกษาหลักสูตรของสถาบันอื่นๆ โปรดระบุโดยละเอียด

ปอท. รุ่นที่ ____ พ.ศ. ____	ปสท. รุ่นที่ ____ พ.ศ. ____	วพม. รุ่นที่ ____ พ.ศ. ____
ปนพ. รุ่นที่ ____ พ.ศ. ____	ปปร. รุ่นที่ ____ พ.ศ. ____	อื่นๆ รุ่นที่ ____ พ.ศ. ____
ปอท. รุ่นที่ ____ พ.ศ. ____	บธส. รุ่นที่ ____ พ.ศ. ____	HepCoE รุ่นที่ ____ พ.ศ. ____
ปวท. รุ่นที่ ____ พ.ศ. ____		

หลักสูตรระยะสั้นอื่นๆ โปรดระบุ

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

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร: ☐ อาหารทั่วไป ☐ อาหารมังสวิรัติ (ไม่ฉัน) ☐ อาหารเจ ☐ อาหารมังสวิรัติ ☐ แพ้อาหารทะเล ☐ ไม่รับประทานเนื้อวัว ☐ อื่นๆ โปรดระบุ

การสูบบุหรี่: ☐ สูบบุหรี่ ● ไม่สูบบุหรี่

ไซส์เสื้อ Jacket: -- โปรดเลือก -- ไซส์เสื้อ Polo: -- โปรดเลือก --

ขนาดรอบเอว (ซ.ม.): 0.00 ความสูง (ซ.ม.): 0.00

น้ำหนัก (ก.ก.): 0.00

ยืนยันการสมัคร | < กลับ

Note

1. * = บังคับกรอกข้อมูล
2. กรณีมีคำถามเรื่องโปรแกรมการศึกษาหลักสูตรฯ ติดต่อ
   - คุณวรพรรณ เหล่าสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-599-2626
   - คุณโรจนุช รับใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 080-978-8600

ตัวอย่างใบสมัคร



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา
หลักสูตรดิจิทัลทางการแพทย์ (ปดพ.2)
รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

การศึกษาหลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

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

ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

1. ข้อตกลง

☑ ข้าพเจ้ายอมรับว่าการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวเป็นดุลพินิจของคณะกรรมการที่ทำหน้าที่คัดเลือกนักศึกษา และสถาบันมหิดลาธิเบศร และข้าพเจ้ายอมรับการวินิจฉัยของคณะกรรมการสถาบันมหิดลาธิเบศร ในทุกกรณี โดยไม่ติดใจดำเนินการใด ๆ ตามกฎหมายทั้งสิ้น

☑ ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมว่าหากได้เข้ารับการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษาสถาบันมหิดลาธิเบศร ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ กฎเกณฑ์ และเงื่อนไขข้อกำหนดของสถาบันมหิดลาธิเบศร หลักสูตรการศึกษาและเงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาทุกประการ

☑ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากระบุข้อความที่ผิดจากความจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นนักศึกษาสถาบันมหิดลาธิเบศร หรือถูกปลดออกจากการเป็นนักศึกษาสถาบันมหิดลาธิเบศร โดยไม่มีข้อเรียกร้องใด ๆ

ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน

เนื่องจากหลักสูตรนี้ใช้เวลาการเรียน อาทิตย์ละ 1 วัน คือวันเสาร์ (เต็มวัน) และวันศุกร์บางสัปดาห์ (ดูงานในพื้นที่ราชการ) และมีกิจกรรมสัมพันธ์ร่วมกันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด) *

☑ ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปดพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง มกราคม 2570 - พฤษภาคม 2570 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปดพ. 2

2. เอกสารหลักฐานต่าง ๆ

2.1 หนังสือรับรองจากหัวหน้าหน่วยงาน (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง) **
เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด
** ขนาดไม่เกิน 10 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

2.2 หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง) **
เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด
** ขนาดไม่เกิน 10 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

2.3 สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง *
เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด
** ขนาดไม่เกิน 10 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

2.4 สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ / พนักงานของรัฐ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด
** ขนาดไม่เกิน 10 MB

2.5 สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง *
เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด
** ขนาดไม่เกิน 10 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

2.6 สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง *
เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด
** ขนาดไม่เกิน 10 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

2.7 กรณีเอกชน
- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด
** ขนาดไม่เกิน 10 MB

- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย
เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด
** ขนาดไม่เกิน 10 MB

บันทึกและไปต่อ | < กลับ

Note

1. * = บังคับกรอกข้อมูล
2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
   - คุณนวพรรษ เหล่าสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626
   - คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

ตัวอย่างใบสมัคร

ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา
หลักสูตรดิจิทัลทางการแพทย์ (ปดพ.2)
รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

การศึกษาหลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5

ยืนยันข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปผู้สมัคร

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)

บัตรประชาชนเลขที่

สถานที่ออกบัตร

บัตรข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ เลขที่

สถานที่ออกบัตร

วันเกิด

ภูมิลำเนา

ที่อยู่ปัจจุบัน

สาขา

ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

ความสัมพันธ์

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ

ที่อยู่

Facebook

Line ID

ตัวอย่างใบสมัคร

ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่ง

สังกัด:ฝ่าย/กอง/สำนัก

หน่วยงาน/องค์กร/กระทรวง

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา

ที่อยู่ที่ทำงาน

เลขานุการ

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

ปัญหาที่ท่านพบในวงการ ดิจิตอลเฮลท์ ที่ท่านอยากเรียนรู้ และแชร์ประสบการณ์

ข้อเสนอแนะ สำหรับกรรมการหลักสูตร ที่ท่าน อยากให้มี

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติ

ข้อมูลด้านการศึกษา

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

ข้อมูลสำหรับแพทย์

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

MD Card เลขที่

จบการศึกษาแพทยศาสตร์บัณฑิตจาก

รุ่น / ปี พ.ศ /

ตัวอย่างใบสมัคร

- ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

วุฒิที่ได้รับ (วว./อว.)	จากสถาบัน	ปีที่ได้ระบุ

- กรณีเคยผ่านการศึกษาหลักสูตรของสถาบันอื่นๆ โปรดระบุโดยละเอียด

ปธพ. รุ่นที่ พ.ศ.	ปสพ. รุ่นที่ พ.ศ.	วตท. รุ่นที่ พ.ศ.
ปนพ. รุ่นที่ พ.ศ.	ปปร. รุ่นที่ พ.ศ.	วปอ. รุ่นที่ พ.ศ.
ปอพ. รุ่นที่ พ.ศ.	บยส. รุ่นที่ พ.ศ.	TepCot. รุ่นที่ พ.ศ.
ปกพ. รุ่นที่ พ.ศ.		

หลักสูตรระดับสูงอื่นๆ โปรดระบุ

หลักสูตร	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ

- กิจกรรมที่เกี่ยวเนื่องกับแพทยสภา

(ได้แก่ คณะกรรมการ, อนุกรรมการของแพทยสภา, กรรมการราชวิทยาลัย 15 แห่ง, ศรว, ศมพ, สจพ. และอนุกรรมการ)

ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร ☐ อาหารทั่วไป ☐ อาหารฮาลาล (มุสลิม) ☐ อาหารเจ ☐ อาหารมังสวิรัติ
☐ แพ้อาหารทะเล ☐ ไม่รับประทานเนื้อวัว ☐ อื่นๆ โปรดระบุ

การสูบบุหรี่ ☐ สูบบุหรี่ ◉ ไม่สูบบุหรี่

ไซส์เสื้อ Jacket **ไซส์เสื้อ Polo** **ขนาดรอบเอว** 0.00

ความสูง (ซ.ม.) 0.00 **น้ำหนัก (ก.ก.)** 0.00

ตัวอย่างใบสมัคร

1. ข้อตกลง

☑ ข้าพเจ้ายอมรับว่าการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวเป็นดุลพินิจของคณะกรรมการ สถาบันมหิตลาธิเบศร ที่ทำหน้าที่คัดเลือกนักศึกษา และข้าพเจ้ายอมรับการวินิจฉัยของคณะกรรมการสถาบันมหิตลาธิเบศร ในทุกกรณี โดยไม่ติดใจดำเนินการใด ๆ ตามกฎหมายทั้งสิ้น

☑ ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมว่าหากได้เข้ารับการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษาสถาบันมหิตลาธิเบศร ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ กฎเกณฑ์ และเงื่อนไขข้อกำหนดของสถาบันมหิตลาธิเบศร หลักสูตรการศึกษา และเงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาทุกประการ

☑ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่า หากระบุข้อความที่ผิดจากความจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นนักศึกษาสถาบันมหิตลาธิเบศร หรือถูกปลดออกจากการเป็นนักศึกษาสถาบันมหิตลาธิเบศร โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน

เนื่องจากหลักสูตรนี้ใช้เวลาการเรียน อาทิตย์ละ 1 วัน คือวันเสาร์ (เต็มวัน) และวันศุกร์บางสัปดาห์(ดูงานในพื้นที่ราชการ) และมีกิจกรรมสัมพันธ์ร่วมกันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด)

☑ ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปตพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง มกราคม 2570 - พฤษภาคม 2570 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปตพ. 2

2. เอกสารหลักฐานต่าง ๆ

1) หนังสือรับรองจากหัวหน้าหน่วยงาน (รายละเอียดเอกสารแนบ)

2) หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร (รายละเอียดเอกสารแนบ)

3) สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (รายละเอียดเอกสารแนบ)

4) สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ / พนักงานของรัฐ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

5) สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (รายละเอียดเอกสารแนบ)

6) สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (รายละเอียดเอกสารแนบ)

7) กรณีเอกชน
   - เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
   - ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

Note

1. * = บังคับกรอกข้อมูล
2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
   - คุณนวพรรษ เหล่าสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626
   - คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

ส่งข้อมูล | ย้อนกลับ

หมายเหตุ : กรุณาตรวจสอบข้อมูลและเอกสารแนบของท่านให้ถูกต้องก่อน กดส่งข้อมูล (กรณีท่านกดส่งข้อมูลไปแล้วจะไม่สามารถกลับมาแก้ไขได้อีกครั้ง)

ตัวอย่างใบสมัคร