



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรสื่อสารทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหาร

รุ่นที่ 1 (ปสพ.1) ปีการศึกษา พ.ศ. 2569



หลักสูตรประกาศนียบัตรสื่อสารทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหาร รุ่นที่ 1 (ปสพ.1) ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

เริ่มกรอกข้อมูลใบสมัคร [ไปที่ห้องอยู่ที่เชียงใหม่](#)

รายละเอียดการสมัครเข้ารับการศึกษา

รายละเอียดการสมัครและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

- สมัครหลักสูตร คลิ๊กที่นี่ (เปิดระบบรับสมัครตั้งแต่ วันที่ - 10 กรกฎาคม 2569)
- ตัวอย่างใบสมัคร Download
- จดหมายเชิญเรียนทั่วไป Download
- รายละเอียดหลักสูตร Download
- ปฏิทินกิจกรรมหลักสูตร Download
- หนังสือรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน Download
- หนังสือรับรอง (กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร) Download

(กรุณาเตรียมไฟล์เอกสารประกอบการสมัครให้พร้อม เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการดำเนินการสมัคร)

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**
๑. เจ้าของกิจการ กรรมการ รุ่นส่วนตัว หนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
1. สมัครออนไลน์ **ตั้งแต่วันที่ - 10 กรกฎาคม 2569**
 2. ในการสมัคร เมื่อผู้สมัครหรือตัวแทนผู้สมัครดำเนินการกรอกใบสมัครออนไลน์ และไปยื่นเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน ตามที่กำหนดผ่านระบบออนไลน์ที่เว็บไซต์สถาบันที่ตลาดอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาคัดเลือก
 3. ทั้งนี้ ผู้สมัครไม่ต้องยื่นเอกสารใบสมัครมาที่สถาบันที่ตลาดอิเล็กทรอนิกส์ และส่งมาที่นี่ จะไม่รับใบสมัครที่หลักฐานไม่ครบตามที่กำหนด ไม่รับใบสมัครทางโทรสาร (Fax) หรือ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Email)

คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษา

มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และต้องวุฒิการศึกษา ไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์การทำงานหรือการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข หรืองานด้านสื่อสารมวลชน โดยผู้ที่เข้ารับการศึกษามอบรมในหลักสูตร จะต้องมีความสนใจอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

1. แพทย์
2. บุคลากรทางด้านสาธารณสุข (ไม่ใช่แพทย์)
3. บุคลากรทางด้านสื่อสารมวลชน ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน (ไม่ใช่แพทย์)
4. บุคลากรทั่วไป ทั้งภาครัฐและเอกชน

หมายเหตุ

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ จะพิจารณาคัดเลือกและสัมภาษณ์ผู้เข้ารับการศึกษามอบรมในภาคเอกชน และผู้เข้ารับการศึกษาคงไม่อยู่ระหว่างการมอบรมหลักสูตรอื่น ที่มีระยะเวลาการศึกษาในขณะเดียวกัน **ในกรณี** เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เคยถูกลงโทษทางจริยธรรมในระดับพักใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือพักถอนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ ที่ว่ามานี้จะเป็น อุปสรรคต่อการศึกษาและในการพิจารณาคัดเลือกผู้สมัครเข้ารับการศึกษาคณะกรรมการ หลักสูตรฯ ทรงไว้ซึ่งสิทธิ์เด็ดขาดในการใช้เชิญเข้าเป็นนักศึกษาในหลักสูตรดังกล่าว

ระยะเวลา ในก ารศึกษา

การเรียนการสอนในหลักสูตรจะใช้เวลาเรียนประมาณ 16 สัปดาห์ (รวม 108 ชั่วโมง) โดยเรียนสัปดาห์ละ 1 หรือ 2 วัน (วันพุธเต็มวัน) วันละ 2 คาบ ระยะเวลา 08.30 - 16.30 น. (ยกเว้นกรณีศึกษาคุณานกลางจังหวัด) ณ อาคารที่ตลาดอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี และสถานที่ที่สถาบันฯ กำหนดกรณีมีการศึกษาคุณานกลางและกิจการการเรียนรู้อื่นๆที่นอกสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งจะแจ้งล่วงหน้า

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่

สถาบันที่ตลาดอิเล็กทรอนิกส์
 ชั้น 8 เลขที่ 88/19 ซอยสาธารณสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข
 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
 เว็บไซต์ www.mdi.or.th
 E-mail : mtbggm.cm@gmail.com
 เบอร์โทร : 0-2591-0049, 081-090-9000
 ศูนย์วิทยุ โทรโข่ง หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-8900
 ศูนย์วิทยุ โทรโข่ง หมายเลขโทรศัพท์ 091-082-7567
 ศูนย์วิทยุ โทรโข่ง หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2828

คำอธิบาย

ดูรายละเอียด

กรณีฉุกเฉิน

ผู้ใช้งานสามารถกรอกข้อมูลส่วนตัว หรือกรอกข้อมูลแบบอัตโนมัติ

1. สมุด

2. โฉม

3. ใบ

(Em



หลักสูตรประกาศนียบัตรสื่อสารทางการแพทย์สำหรับผู้บริหาร

เอกสารแสดงความยินยอม

การสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรของสถาบันเทคโลยีเบส สถาบันจะขออนุญาตจัดเก็บ ใช้ และประมวลผล ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อประโยชน์ ในการให้บริการ การอบรม/สัมมนา การวิจัย การให้บริการ ตลอดจนการสนับสนุนงานตามพันธกิจของสถาบัน โดยจัดให้มีการจัดเก็บข้อมูลที่ปลอดภัย ซึ่งดูแลรับผิดชอบ โดยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ และจะใช้ข้อมูลส่วนบุคคลตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้เท่านั้น

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงความยินยอม ขอความกรุณาอ่านรายละเอียดจากเอกสารแจ้งข้อมูล หรือ ได้รับความยินยอมจากสถาบันเทคโลยีเบส ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย ("ประมวลผล") ข้อมูลส่วนบุคคล จนมีความเข้าใจดีแล้ว ท่านให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือ ขู่ขู่ และท่านสามารถถอนความยินยอมที่เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่ในกรณีที่ข้อมูลดังกล่าวหรือข้อมูลอื่นใดมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือยังมีสัญญาณระหว่างท่านกับสถาบันเทคโลยีเบส ที่ให้ ประโยชน์แก่ท่านอยู่

กรณีที่ท่านประสงค์จะขอถอนความยินยอม จะมีผลทำให้ ท่านอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง หรือ ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายใน กิจกรรมของหลักสูตร และการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม ท่านยินยอมหรือไม่

ยินยอม ไม่ยินยอม



การเรียนการสอนในหลักสูตรจะใช้เวลาเรียนทั้งหมด 10 สัปดาห์ (รวม 35 ชั่วโมง) โดยเรียนสัปดาห์ละ 1 หรือ 2 วัน (วันพุธ-วันพฤหัสบดี) วันละ 2 คาบ จะพ่วงเวลา 08.00 - 18.00 น. (ยกเว้นกรณี ศึกษาฐานต่างจังหวัด) ณ อาคารเทคโลยีเบส แห่งนี้ หรือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (วันพุธ-วันพฤหัสบดี) และสถานที่ที่สถาบันฯ กำหนดกรณีมีการศึกษาฐานและกิจกรรมการเรียนรู้นอกสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งจะแจ้งล่วงหน้า



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรสื่อสารทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหาร

รุ่นที่ 1 (ปสพ.1) ปีการศึกษา พ.ศ. 2569



การศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรสื่อสารทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหาร รุ่นที่ 1 (ปสพ.1) 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 *

วันที่ออกบัตร *

วันหมดอายุ *

สถานที่ออกบัตร *

บัตรข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่
ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ เลขที่

วันหมดอายุ

สถานที่ออกบัตร

วันเกิด *

ภูมิลำเนา *

สัญชาติ *

ศาสนา *

รูปถ่ายสี
(ขนาด 2 นิ้ว) *

No file chosen

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

ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ใน
กรณีฉุกเฉิน *

ความสัมพันธ์ *

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ *

ข้อมูลที่อยู่

เลขที่ *	<input type="text"/>	หมู่ที่ *	<input type="text"/>
ซอย	<input type="text"/>	ถนน	<input type="text"/>
จังหวัด *	-- โปรดเลือก --	เขต/อำเภอ *	-- โปรดเลือก --
แขวง/ตำบล *	-- โปรดเลือก --	รหัสไปรษณีย์ *	<input type="text"/>
โทรศัพท์ *	<input type="text"/>	มือถือ *	<input type="text"/>
โทรสาร	<input type="text"/>	อีเมล *	<input type="text"/>
Facebook	<input type="text"/>	<small>(กรุณาใช้ Email ของผู้สมัครเท่านั้น)</small>	
		Line ID	<input type="text"/>

ข้อมูลการล็อกอินเข้าระบบ

ชื่อผู้ใช้	<input type="text"/>
รหัสผ่าน *	<input type="password"/>
ยืนยันรหัสผ่าน *	<input type="password"/>

บันทึกและไปต่อ

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีเกิดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณวีระยุทธ อินโทม หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-8900
 - คุณปทุมพร ทองคำ หมายเลขโทรศัพท์ 091-082-7667
 - คุณนวพรรณ เวชชาสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรสื่อสารทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหาร

รุ่นที่ 1 (ปสพ.1) ปีการศึกษา พ.ศ. 2569



การศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรสื่อสารทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหาร รุ่นที่ 1 (ปสพ.1) ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่ง (ภาษาไทย) *	<input type="text"/>
สังกัด:ฝ่าย/กอง/สำนัก (ภาษาไทย)	<input type="text"/>
หน่วยงาน/องค์กร/ กระทรวง (ภาษาไทย) *	<input type="text"/>
ตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ) *	<input type="text"/>
สังกัด:ฝ่าย/กอง/สำนัก (ภาษาอังกฤษ)	<input type="text"/>
หน่วยงาน/องค์กร/ กระทรวง (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 *	-- โปรดเลือก --
เขต/อำเภอ *	-- โปรดเลือก --
แขวง/ตำบล *	-- โปรดเลือก --
รหัสไปรษณีย์ *	<input type="text"/>
โทรศัพท์ *	<input type="text"/>
โทรสาร	<input type="text"/>
อีเมล	<input type="text"/>

ข้อมูลเลขานุการ

ตำแหน่ง นาย นาง นางสาว นายแพทย์ แพทย์หญิง อื่น ๆ

ชื่อ

นามสกุล

โทรศัพท์

โทรสาร

อีเมล

มือถือ

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติและประเภท

คุณสมบัตินี้ -- โปรดเลือกคุณสมบัตินี้ --

ประเภท -- โปรดเลือกประเภทที่สมัคร --

ข้อมูลด้านการศึกษา

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ	สถาบันการศึกษา	ปี พ.ศ.
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"/>	<input type="text"/>

ข้อมูลสำหรับแพทย์กรอก

ใบประกอบวิชาชีพ
เวชกรรมเลขที่

MD Card เลขที่

จบการศึกษา
แพทยศาสตรบัณฑิตจาก

รุ่น / ปี พ.ศ. /

- ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

วุฒิที่ได้รับ (วว./อว.) (เพิ่มรายการ)	จากสถาบัน	ปีที่ได้รับ	จบ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X

- กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

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

ตำแหน่ง (เพิ่มรายการ)	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม	จบ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X

บันทึกและไปต่อ

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - ศูนย์ระงับข้อพิพาท หมายเลขโทรศัพท์ 080-078-8900
 - ศูนย์เผยแพร่ ท้องคำ หมายเลขโทรศัพท์ 091-082-7567
 - ศูนย์นวัตฯ เหล่าสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรสื่อสารทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหาร รุ่นที่ 1 (ปสพ.1) ปีการศึกษา พ.ศ. 2569



การศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรสื่อสารทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหาร รุ่นที่ 1 (ปสพ.1) ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

กรณีเคยผ่านการศึกษหลักสูตรของสถาบันอื่นๆ โปรดระบุโดยละเอียด

ปธพ. รุ่นที่	พ.ศ.	ปปร. รุ่นที่	พ.ศ.	วตท. รุ่นที่	พ.ศ.
ปบพ. รุ่นที่	พ.ศ.	วปอ. รุ่นที่	พ.ศ.	พคส. รุ่นที่	พ.ศ.
ปอพ. รุ่นที่	พ.ศ.	บอส. รุ่นที่	พ.ศ.	นสป. รุ่นที่	พ.ศ.
ปคพ. รุ่นที่	พ.ศ.	วปอ.บอ. รุ่นที่	พ.ศ.	TeqCot รุ่นที่	พ.ศ.
ปกพ. รุ่นที่	พ.ศ.				

หลักสูตรระดับสูงอื่นๆ โปรดระบุ

หลักสูตร [เพิ่มรายการ]	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ	ลบ
			X
			X
			X

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร * อาหารทั่วไป อาหารฮาลาล (มุสลิม) อาหารเจ อาหารมังสวิรัติ

แพ้อาหารทะเล ไม่รับประทานเนื้อวัว อื่นๆ โปรดระบุ

การสูบบุหรี่ สูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่

ไซส์เสื้อ Jacket * -- โปรดเลือก --

ไซส์เสื้อ Polo * -- โปรดเลือก --

ขนาดรอบเอว (ซ.ม.)

ขนาดรอบอก (ซ.ม.)

ความสูง (ซ.ม.)

น้ำหนัก (ก.ก.)

บันทึกและไปต่อ

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - ศูนย์วิทยุ โทร. รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-8900
 - ศูนย์วิทยุ โทร. ท้องฟ้า หมายเลขโทรศัพท์ 091-082-7567
 - ศูนย์วิทยุ โทร. เหล่าสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรสื่อสารทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหาร

รุ่นที่ 1 (ปสพ.1) ปีการศึกษา พ.ศ. 2569



การศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรสื่อสารทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหาร รุ่นที่ 1 (ปสพ.1) ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

1. ข้อตกลง

- ข้าพเจ้ายอมรับว่าการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวเป็นดุลพินิจของคณะกรรมการที่ทำหน้าที่คัดเลือกนักศึกษา และสถาบันมหิดลราชวิทยาลัย และข้าพเจ้ายอมรับการวินิจฉัยของคณะกรรมการสถาบันมหิดลราชวิทยาลัย ในทุกกรณี โดยไม่ติดใจดำเนินการใด ๆ ตามกฎหมายทั้งสิ้น
- ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมว่าหากได้เข้ารับการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษาสถาบันมหิดลราชวิทยาลัย ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ กฎเกณฑ์ และเงื่อนไขข้อกำหนดของสถาบันมหิดลราชวิทยาลัย หลักสูตรการศึกษาและเงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาทุกประการ
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากระบุข้อความที่ผิดจากความจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษาสถาบันมหิดลราชวิทยาลัย หรือถูกปลดออกจากการเป็นนักศึกษาสถาบันมหิดลราชวิทยาลัย โดยไม่มีข้อเรียกร้องใด ๆ

ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน

เนื่องจากหลักสูตรนี้ใช้เวลาการเรียน สัปดาห์ละ 1 วัน คือวันพุธ (เต็มวัน) และมีการดูงานในพื้นที่ราชการ พร้อมทั้งมีกิจกรรมสัมพันธ์ร่วมกันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด) *

- ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปสพ. 1 ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง 19 สิงหาคม - 23 ธันวาคม 2569 ข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วมทั้งการบรรยายและรวมกิจกรรมต่าง ๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกันหลักสูตร ปสพ. 1

2. เอกสารหลักฐานต่าง ๆ

2.1 หนังสือรับรองจากหัวหน้าหน่วยงาน (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง) **

No file chosen

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

2.2 หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง) **

No file chosen

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

2.3 สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง *

No file chosen

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

2.4 สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ / พนักงานของรัฐ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

No file chosen

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

2.5 สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง *

No file chosen

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

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

No file chosen

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

2.7 กรณีเอกชน

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท

No file chosen

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

No file chosen

** ขนาดไม่เกิน 10 MB

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณวีระยุทธ รัชใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900
 - คุณปัทมพร ทองคำ หมายเลขโทรศัพท์ 091-082-7567
 - คุณเนาวพรรษ เหล่าสลาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626