



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษ

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 13 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

เริ่มกรอกข้อมูลใบสมัคร

ไปที่ข้อมูลที่เคยบันทึก

ใบสมัครเข้ารับการศึกษ

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 13 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

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. รับรองว่าสำเร็จการศึกษไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

กรณีเอกชน

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

การรับสมัคร

- สมัครออนไลน์ **ตั้งแต่วันที่ - 25 สิงหาคม 2569** เท่านั้น
- ในการสมัคร เมื่อผู้สมัครหรือตัวแทนผู้สมัครดำเนินการกรอกใบสมัครออนไลน์ ผู้สมัครต้องดำเนินการแนบเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาคัดเลือก
- ในการสมัคร ผู้สมัครต้องกรอกข้อมูลผู้สมัครให้ครบถ้วน และแนบหลักฐานการสมัครตามที่กำหนดผ่านระบบออนไลน์ที่เว็บไซต์สถาบันมหิตลาธิเบศร เท่านั้น
ทั้งนี้ ผู้สมัครไม่ต้องยื่นเอกสารใบสมัครมาที่สถาบันมหิตลาธิเบศร และสถาบันฯ จะไม่รับใบสมัครที่มีหลักฐานไม่ครบตามที่กำหนด ไม่รับใบสมัครทางโทรสาร (Fax) หรือ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Email)

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันมหิตลาคีเบศร อาคารมหิตลาคีเบศร ชั้น 9 เลขที่ 88/19 ซอยสาทรเลข 8 กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 อีเมล : mtbgggm.ex@gmail.com เบอร์โทร : 0-2591-0049, 081-090-9000

คุณเสรีภพ ยะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
คุณพรพรรณ ริงคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
คุณวีระยุทธ รินใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษ

การสมัครเข้ารับการคัดเลือก ผู้สมัครต้องศึกษารายละเอียดคุณสมบัติประเภทต่างๆ ในประกาศ สถาบันมหิตลาคีเบศร เรื่องคุณสมบัติและการคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษ หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาล ทาง การแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 13 ซึ่งกำหนดว่าบุคคลที่สามารถสมัครเข้ารับการศึกษารอบรม ในหลักสูตรได้ จะต้องเป็นผู้บริหารในสายวิชาชีพหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ หรือผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป **มีอายุไม่ต่ำกว่า 48 ปี** (นับจนถึงวันหมดเขตรับสมัคร) โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. สมาชิกสภาผู้ราษฎร สมาชิกวุฒิสภา ข้าราชการการเมือง (ซึ่งได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง) และข้าราชการรัฐสภาฝ่ายการเมือง (ซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายรัฐสภา)
2. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้ (ข้าราชการระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่าเดิม)
 - o ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทบริหารระดับต้นขึ้นไป
 - o ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับสูง
 - o 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 อัตราเงินเดือน พันเอก 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
10. เป็นบุคลากรที่คณะกรรมการหลักสูตรมีมติเห็นสมควรให้เข้ารับการศึกษารอบรม เนื่องจากเห็นว่าจะประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรืองานสาธารณสุข

ทั้งนี้คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ จะพิจารณาคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษารอบรม **โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 6 ประเภท** ดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 แพทย์ผู้บริหาร จากกระทรวงสาธารณสุข (ตามคุณสมบัติข้อ 2 และ ข้อ 3)

ประเภทที่ 2 แพทย์ผู้บริหาร จากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 6)

ประเภทที่ 3 แพทย์ผู้บริหาร จากทหาร ตำรวจ กทม. และองค์กรของรัฐอื่น ๆ (ตามคุณสมบัติ ข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 5 และ ข้อ 8)

ประเภทที่ 4 แพทย์ผู้บริหาร ของสถานพยาบาลภาคเอกชน หรือองค์กรเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 7)

ประเภทที่ 5 ผู้บริหารหรือผู้มีประสบการณ์บริหารในภาครัฐอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข (ไม่ใช่แพทย์) ผู้บริหารในกระบวนการนิติบัญญัติ ผู้บริหารสภาวิชาชีพสุขภาพต่างๆ ผู้บริหารในกระบวนการยุติธรรม ผู้บริหารในกระบวนการคุ้มครองประชาชน ผู้บริหารในกระบวนการสื่อสารและ ผู้บริหารการเงินการคลังระดับประเทศ ผู้บริหารในองค์กรของรัฐอื่น ๆ และผู้บริหารจากหน่วยงานที่ได้รับเชิญจากสถาบันมหิตลาคีเบศร หรือ มูลนิธิธรรมภิบาลทางการแพทย์ (ตามคุณสมบัติ ข้อ 1, ข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 5, และ ข้อ 10)

ประเภทที่ 6 ผู้บริหารจากองค์กรและหน่วยงานภาคเอกชน (ไม่ใช่แพทย์) ที่เกี่ยวเนื่องกับระบบการแพทย์และสาธารณสุขทั้งทางตรงและทางอ้อม (ตามคุณสมบัติ ข้อ 9) โดยมีอายุไม่เกิน 65 ปี (นับจนถึงวันรับสมัคร)

หมายเหตุ

ผู้สมัครจะต้องไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกัน กับการศึกษหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่น 13 (ปรท.13) ในกรณีเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เคยถูกลงโทษทางจริยธรรมในระดับพักใช้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือเพิกถอนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ในหลักสูตรได้ จะต้องเป็นผู้บริหารในสายวิชาชีพหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ หรือผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ไม่น้อยกว่า 48 ปี (นับจนถึงวันหมดเขตรับสมัคร) โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. สมาชิกสภาผู้ราษฎร สมาชิกวุฒิสภา ข้าราชการการเมือง (ซึ่งได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง) และข้าราชการรัฐสภาฝ่ายการเมือง (ซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายรัฐสภา)
2. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้ (ข้าราชการระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่าเดิม)
 - o ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทบริหารระดับต้นขึ้นไป
 - o ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทส่วนราชการระดับสูง
 - o ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป
3. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทส่วนราชการระดับต้น ไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือ ผู้ดำรงตำแหน่งอื่นที่ปฏิบัติราชการเช่นเดียวกับประเภทส่วนราชการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี (ข้าราชการระดับ 8 เทียบเท่าตำแหน่งผู้ส่วนราชการกองเดิม)



หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง

เอกสารแสดงความยินยอม

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

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ขอความกรุณาอ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงข้อมูล หรือได้รับคำอธิบายจากสถาบันมหิตลาธิเบศร ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ไข่หรือเปิดเผย ("ประมวลผล") ข้อมูลส่วนบุคคล จนมีความเข้าใจดีแล้ว ท่านให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือขู่ขัง และท่านสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้วันแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาะหว่างท่านกับสถาบันมหิตลาธิเบศร ที่ให้ประโยชน์แก่ท่านอยู่

กรณีที่ท่านประสงค์จะขอถอนความยินยอม จะมีผลทำให้ ท่านอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง หรือ ไม่สามารถบรรลุจุดประสงค์และเป้าหมายในกิจกรรมของหลักสูตร และการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อ การประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม ท่านยินยอมหรือไม่

ยินยอม ไม่ยินยอม

ตกลง

ผู้สมัครจะต้องไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกัน กับการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่น 13 (ปรท. 13) ในกรณีเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เคยถูกลงโทษทางจริยธรรมในระดับพักใช้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือเพิกถอนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ดำเนินการต่อ



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 13 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

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/ เจ้า
หน้าที่ของรัฐ/
รัฐวิสาหกิจ เลขที่
สถานที่ออกบัตร

วันหมดอายุ

วันเกิด *

ภูมิลำเนา *

สัญชาติ *

ศาสนา *

รูปถ่ายสี
(ขนาด 2 นิ้ว) *

เลือกไฟล์ ไม่มีไฟล์ที่เลือก

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

ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน *

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

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณเสีรภาพ ยุวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณพรวรรณ รังคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
 - คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

๒ บันทึกและไปต่อ



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 13 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 2 : ข้อมูลการทำงานและการศึกษา

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

ข้อมูลเลขานุการ

คำนำหน้า * นาย นาง นางสาว นายแพทย์ แพทย์หญิง อื่น ๆ

ชื่อ * นามสกุล *
โทรศัพท์ โทรสาร
อีเมล * มือถือ *

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติ

คุณสมบัติข้อที่ * [เลือกหัวข้อคุณสมบัติ](#)

ประเภทที่ *

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"/>

กรณีเคยผ่านการศึกษาลีกสุดของสถาบัน/หน่วยงานอื่นๆ โปรดระบุโดยละเอียด

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

ข้อมูลสำหรับแพทย์กรอก

ใบประกอบวิชาชีพ
เวชกรรมเลขที่
จบการศึกษา
แพทยศาสตร์บัณฑิต
จาก

MD Card เลขที่

รุ่น / ปี พ.ศ

ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

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

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

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

ตำแหน่ง [เพิ่มรายการ]	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม	ลบ
			X
			X
			X

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณเสรีภาพ ยุวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณเพชรวรรณ รุ่งคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
 - คุณวีระยุทธ รินใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

⏪ ย้อนกลับ

⏩ บันทึกและไปต่อ



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 13 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 3 : ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม

จำนวนครั้งที่ท่านเคยสมัครเรียนปธพ.มาก่อนหน้านี้แล้ว

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

ผู้สมัครคิดว่าสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

แนบเอกสารเพิ่มเติม

ไม่มีไฟล์ที่เลือก

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

*ท่านสามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมหากมีข้อความเกินเนื้อที่ที่กำหนดให้

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความสนใจในการศึกษาการจัดทำเอกสารวิชาการในหัวข้อหรือประเด็นใด หัวข้อผลงานวิชาการของ ปธพ. ที่ผ่านมา

อันดับ 1 เกี่ยวกับ

อันดับ 2 เกี่ยวกับ

อันดับ 3 เกี่ยวกับ

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ทางการแพทย์ในเรื่องใดที่จะสามารถแลกเปลี่ยนในกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้

แนบเอกสารเพิ่มเติม

ไม่มีไฟล์ที่เลือก

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

ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สำคัญ (* ต้องไม่อยู่ระหว่างการศึกษา)

ปณพ. รุ่นที่	พ.ศ.	วปอ. รุ่นที่	พ.ศ.	ปณป. 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.
ปดพ. รุ่นที่	พ.ศ.	ปปร. รุ่นที่	พ.ศ.	วตท. รุ่นที่	พ.ศ.

ในโครงการนี้จะมีการทำกิจกรรมแพทยอาสาเพื่อสังคมโดยออกหน่วยแพทยอาสาเฉพาะทาง เฉลิมพระเกียรติฯ ร่วมกับมูลนิธิธรรมภิบาล
ทางการแพทย์ และ แพทยสภา ในเดือน พ.ศ. 2569

หากท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทยอาสา ในด้านใดโดยสมัครใจ โปรดให้รายละเอียด

กรณีแพทย์

1. เคยร่วมออกหน่วยแพทยอาสาของแพทยสภา ใน (โปรดระบุโครงการ)

2. ร่วมออกตรวจรักษา ผ่าตัดคนไข้ หรือ สอนแพทย์ในพื้นที่ จัดหน่วยแพทย์ร่วมทีมจากหน่วยงานในสังกัดตนเอง หรือสังกัดอื่น (โปรดระบุสาขา)

3. จัดหาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ไข้ในโครงการฯ (โปรดระบุ)

กรณีบุคคลทั่วไป และแพทย์

4. จัดเรื่องประสานงาน organizer ในงานแพทยอาสา
5. เรื่องการจัดอาหาร เสื้อผ้า สวัสดิการ และดูแลประชาชน
6. เรื่องการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ และ สิ่งพิมพ์
7. จัดหน่วยบริการประชาชนอื่นๆ ร่วมทีม (จากหน่วยงานอื่นๆที่มีไข้แพทย์) (โปรดระบุ)

8. ประสงค์บริจาคสิ่งของให้โรงพยาบาลหรือประชาชนร่วมในโครงการ (โปรดระบุ)

9. ความสามารถ/ความถนัดพิเศษ ที่อาจเอื้อต่อการจัดกิจกรรมฯ ของหลักสูตรฯ (โปรดระบุ)

บุคคลรับรองที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา หรือ ปธพ.รุ่น 1-12 (ถ้ามี) : *ระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน หมายเลขโทรศัพท์*

-
-

เหตุผลที่ท่านต้องการสมัครเข้าศึกษาใน ปธพ.รุ่นที่ 13

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร อาหารทั่วไป อาหารฮาลาล (มุสลิม) อาหารเจ อาหารมังสวิรัต
 แพ้อาหารทะเล ไม่รับประทานอาหารเนื้อวัว อื่นๆ โปรดระบุ

การสูบบุหรี่ สูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่

ไซส์เสื้อ Jacket

ไซส์เสื้อ Polo

ขนาดรอบเอว

ความสูง (ซ.ม.)

น้ำหนัก (ก.ก.)

ขนาดรอบอก

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณสิรภพ ยุวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณเพชรธรณ ริงคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
 - คุณวีระยุทธ รัตนใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

ย้อนกลับ

บันทึกและไปต่อ

สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ

** ขนาดไม่เกิน 5 MB

6. สำเนาทะเบียนบ้าน *

** ขนาดไม่เกิน 5 MB



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 13 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 4 : ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

1. เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ไว้ ณ ที่นี้ว่า เอกสารนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า อันเป็นการบ่งชี้ตัวของข้าพเจ้าที่อยู่ในครอบครองของสถาบันมหิดลาริเบศร ในกรณีที่มิใช่อันมาขอตรวจสอบ หรือขอคัดสำเนาเอกสารดังกล่าว ข้าพเจ้า *
 ยินยอม ให้ดำเนินการได้ ไม่ยินยอม
2. ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน
เนื่องจากหลักสูตรนี้ใช้เวลาการเรียน อาทิตย์ละ 1 วัน คือวันศุกร์ (เต็มวัน) และมีวันอื่นในบางสัปดาห์ มีกิจกรรมสัมพันธสัมพันธ์ร่วมกันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด) *
 ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปธพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง ตุลาคม 2569 – สิงหาคม 2570 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปธพ. 13
3. หนังสือรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง) **
 ** ขนาดไม่เกิน 5 MB
4. หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง) **
 ** ขนาดไม่เกิน 5 MB
5. สำเนาบัตรประชาชน *
 ** ขนาดไม่เกิน 5 MB
สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ
 ** ขนาดไม่เกิน 5 MB
6. สำเนาทะเบียนบ้าน *
 ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

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

เลือกไฟล์ ไม่มีไฟล์ที่เลือก ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

8. กรณีเอกชน

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท

เลือกไฟล์ ไม่มีไฟล์ที่เลือก ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

เลือกไฟล์ ไม่มีไฟล์ที่เลือก ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

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

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณเสีรภาพ ยวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณเพชรพรณ ริงคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
 - คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

[ย้อนกลับ](#)

[บันทึกและไปต่อ](#)



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 13 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

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
สังกัด: ฝ่าย/กอง/สำนัก
หน่วยงาน/องค์กร/กระทรวง
ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา
ที่อยู่ทำงาน

เลขานุกร

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติ

คุณสมบัติข้อที่ 9 (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	11	

ข้อมูลสำหรับแพทย์

ใบประกอบวิชาชีพ
เวชกรรมเลขที่
จบการศึกษา
แพทยศาสตร์บัณฑิต
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

จำนวนครั้งที่ท่านเคยสมัครเรียนปธพ.มาก่อนหน้านี้แล้ว

- ครั้งแรก ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 ครั้งที่ 5 ครั้งที่ 6 ครั้งที่ 7 มากกว่า 7 ครั้ง

ผู้สมัครคิดว่าสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตร ไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความสนใจในการศึกษาการจัดการเอกสารวิชาการในหัวข้อหรือประเด็นใด

- อันดับ 1 เกี่ยวกับ ธรรมชาติของ / จริยธรรมทางการแพทย์ consumer protection
- อันดับ 2 เกี่ยวกับ Accessibility การเข้าถึงระบบบริการ กองทุนต่าง ๆ กลุ่มประชากรต่าง ๆ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบาง health prevention programs reviews กลุ่มคนด้อยโอกาส คนพิการ
- อันดับ 3 เกี่ยวกับ healthcare financing model Immediate gain vs sustainability PPP / privatization / autonomous organization/ centralized vs decentralized / social enterprise / Insurance

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ทางการแพทย์ในเรื่องใดที่จะสามารถแลกเปลี่ยนในกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้

ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สำคัญ *ต้องไม่อยู่ระหว่างการศึกษา

ปณพ. รุ่นที่ พ.ศ.	วปอ. รุ่นที่ พ.ศ.	ปณป. 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.
ปดพ. 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 ไซในโครงการฯ (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)

บุคคลรับรองที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา หรือ ปธพ.รุ่น 1-12 (ถ้ามี) : *ระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน หมายเลขโทรศัพท์*

1. สถาบันมหิตลาธิเบศร
2. มูลนิธิธรรมภิบาลทางการแพทย์
- 3.

เหตุผลที่ท่านต้องการสมัครเข้าศึกษาใน ปธพ.รุ่นที่ 13

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

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

ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

1. เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ไว้ ณ ที่นี้ว่า เอกสารนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า อันเป็นการบ่งชี้ตัวของข้าพเจ้าที่อยู่ในครอบครองของสถาบันมหิดลาริเบต ในกรณีที่มีผู้อื่นมาขอตรวจสอบ หรือขอคัดสำเนาเอกสารดังกล่าว ข้าพเจ้า
 ยินยอม ให้ดำเนินการได้ ไม่ยินยอม
2. ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน
เนื่องจากหลักสูตรนี้ใช้เวลาการเรียน อาทิตย์ละ 1 วัน คือวันศุกร์ (เต็มวัน) และมีวันอื่นในบางสัปดาห์ มีกิจกรรมสัมพันธร้อมกันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด)
 ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปธพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง ตุลาคม 2569 – สิงหาคม 2570 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปธพ. 13
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
- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

Note

1. * = บังคับกรอกข้อมูล
2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
- คุณเสีรภพ ยวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
- คุณเพชรรัตน์ ริงคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
- คุณวีระยุทธ รัตนใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

ย้อนกลับ

ส่งข้อมูล

หมายเหตุ : กรุณาตรวจสอบข้อมูลและเอกสารแนบของท่านให้ถูกต้องก่อน กดส่งข้อมูล (กรณีท่านกดส่งข้อมูลไปแล้วจะไม่สามารถกลับมาแก้ไขได้อีกครั้ง)



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 13 ปีการศึกษา พ.ศ. 2569

ไปทีเว็บ www.mdi.or.th

ส่งข้อมูลการสมัครสำเร็จ

พิมพ์ข้อมูลใบสมัคร



การสมัคร

1. เปิดรับสมัครระหว่างวันที่ **ตั้งแต่วันที่ - 25 สิงหาคม 2569** เท่านั้น
2. ในการสมัคร เมื่อผู้สมัครหรือตัวแทนผู้สมัครดำเนินการกรอกใบสมัครออนไลน์ ผู้สมัครต้องดำเนินการแนบเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาคัดเลือก
3. เมื่อลงทะเบียนในการสมัครเรียบร้อยแล้ว จะได้รับเลขประจำตัวผู้สมัครโดยระบบจะส่ง E-mail ดอรับการลงทะเบียนไป E-mail ที่ท่านลงทะเบียนไว้

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่

คุณสิรภพ ยุวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
คุณพรพรรณ รังคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
คุณเป็ทุมพร ทองคำ หมายเลขโทรศัพท์ 091-082-7567
คุณวีระยุทธ รัตนใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900