



รายละเอียดเพิ่มเติมสำหรับผู้สมัครหลักสูตรประกาศนียบัตร
 ธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนชัดเจน)

ชื่อ		นามสกุล		ชื่อเล่น	
Name		Surname			
โทรศัพท์		มือถือ			
โทรสาร		อีเมล			
Facebook		Line ID			

ชื่อ เลขานุการ		โทรศัพท์		โทรสาร	
อีเมล		มือถือ			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสำหรับแพทย์กรอก ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ MD Card เลขที่
 จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก รุ่น เมื่อปี พ.ศ.....

2.1 ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

วุฒิที่ได้รับ (วว./อว.)	จากสถาบัน	ปีที่ได้รับ

*ท่านสามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมหากมีข้อความเกินเนื้อที่ที่กำหนดให้

2.2 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

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

ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม

*ท่านสามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมหากมีข้อความเกินเนื้อที่ที่กำหนดให้

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไป (ผู้สมัครทุกท่านกรอก)

3.1 ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สำคัญ *ต้องไม่อยู่ระหว่างการศึกษา

ปปร. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____	ปรม. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____	ปศส. _____ รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____
วปอ. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____	สสสส. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____	บยป. _____ รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____
บยส. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____	วตท. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____	ภูมิพลังแผ่นดิน. รุ่นที่ _____ พ.ศ. _____
หลักสูตรระดับสูงอื่นๆ โปรดระบุ _____		

3.2 โปรดระบุประเภทที่สมัคร.....(1-6)

- 1. แพทย์ผู้บริหารจากกระทรวงสาธารณสุข
- 2. แพทย์ผู้บริหาร จาก มหาวิทยาลัย
- 3. แพทย์ผู้บริหารจากภาครัฐ อื่นๆ ทหาร ตำรวจ กทม
- 4. แพทย์ผู้บริหารจากภาคเอกชน
- 5. ผู้บริหารภาครัฐที่ไม่ใช่แพทย์ สภาวิชาชีพอื่น สนช. สปท. ศาล อัยการ สปสช. สช. และหน่วยงานที่แพทยสภาเชิญ
- 6. ภาคเอกชนที่ไม่ใช่แพทย์ (อายุไม่เกิน 65 ปี)

(ข้อ1-3 จากหน่วยงานถึงแพทยสภา ข้อ5 แพทยสภากำหนดหน่วยงานเชิญ และสมัครตรง ข้อ 6 สมัครตรง)

3.3 ในโครงการนี้จะมีการทำกิจกรรมแพทย์อาสาเพื่อสังคมโดยออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 5 ร่วมกับแพทยสภา และมูลนิธิธรรมมาภิบาลทางการแพทย์ในเดือน พ.ค. 2560 ตามวัตถุประสงค์ข้อ 5

ท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทย์อาสาฯ ในด้านใดโดยสมัครใจ และต้องไม่เป็นการรบกวนสถานะนักศึกษามากเกินไป
กรณีแพทย์

- 1. ร่วมออกตรวจรักษา ผ่าตัดคนไข้ หรือสอนแพทย์ในพื้นที่
- 2. จัดหน่วยแพทย์ร่วมทีมจากหน่วยงาน ในสังกัดตนเอง หรือสังกัดอื่น (โปรดระบุ)
.....
- 3. จัดหายาเวชภัณฑ์ เครื่องมือ ใช้ในโครงการฯ
กรณีบุคคลทั่วไป และแพทย์
- 4. จัดเรื่องประสานงาน organizer ในงานแพทย์อาสาฯ
- 5. เรื่องการจัดอาหาร เสื้อผ้า สวัสดิการ และดูแลประชาชน
- 6. เรื่องการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ และ สิ่งพิมพ์
- 7. จัดหน่วยบริการประชาชนอื่นๆ ร่วมทีม (จากหน่วยงานอื่นๆที่มีใช้แพทย์) (โปรดระบุ)
.....
.....
- 8. สามารถบริจาคสิ่งของร่วมในโครงการ (โปรดระบุ)
.....
.....
- 9. สามารถบริจาคงบประมาณร่วมโครงการ (โปรดระบุ)
.....
.....

3.5 บุคคลรับรองที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแพทยสภา หรือ ปธพ.รุ่น 1-4 (ถ้ามี) : ระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ โปรดให้กรอกใบรับรองผู้สมัครจากบุคคลอ้างอิงมาประกอบด้วย *ในหน้า 4-6 จำนวน 1-2 ท่าน (ถ้ามี)

1.....

2.....

3.6 เหตุผลที่ท่านต้องการสมัครเข้าศึกษาใน ปธพ.รุ่นที่ 5

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทาน	<input type="checkbox"/> อาหารทั่วไป	<input type="checkbox"/> อาหารฮาลาล (มุสลิม)	<input type="checkbox"/> อาหารเจ	<input type="checkbox"/> อาหารมังสวิรัต
อาหาร	<input type="checkbox"/> แพ้อาหารทะเล	<input type="checkbox"/> ไม่รับประทานเนื้อวัว	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ	
การสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> สูบบุหรี่		<input type="checkbox"/> ไม่สูบบุหรี่	
ไซส์เสื้อ Jacket			ไซส์เสื้อ Polo	
ขนาดรอบเอว			ความสูง (ซ.ม.)	น้ำหนัก (ก.ก.)

ส่วนที่ 5 ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน

5.1 เนื่องจากหลักสูตรนี้ เรียนมากกว่า หลักสูตรทั่วไป คือใช้เวลาการเรียน อาทิตย์ละ 2 วันคือวันศุกร์ และ วันเสาร์เต็มวัน และมีกิจกรรมสัมพันธ์ร่วมกันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด)

○ ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปธพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่างกันยายน 2559 - พฤษภาคม 2560 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปธพ. ***

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ / /



QFED 001/2016



ใบรับรองผู้สมัคร

สำหรับผู้สมัคร

ให้ส่งใบรับรองนี้แก่ผู้ที่ท่านประสงค์จะขอให้เขียนหนังสือรับรอง แล้วขอให้ผู้รับรองส่งใบรับรองนี้พร้อมกับหนังสือรับรอง (ถ้ามี) แก่ท่านในซองปิดผนึกพร้อมลงลายมือชื่อผู้รับรองหลังซอง

คำนำหน้านาม:ชื่อ - สกุล:.....

ตำแหน่ง:

หน่วยงาน:

- ข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการทราบข้อความในหนังสือรับรองนี้
- ข้าพเจ้าขอทราบข้อความในหนังสือรับรองนี้

ลายมือชื่อ: วันที่:

สำหรับผู้รับรอง

ผู้สมัครข้างต้นประสงค์ที่จะเข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5 ซึ่งผู้สมัครจะต้องมีหนังสือรับรองประกอบการพิจารณาการคัดเลือกด้วยแพทยสภา จึงขอให้ท่านให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นที่มีต่อผู้สมัครอันจะเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาของคณะกรรมการคัดเลือกฯ ตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

คำนำหน้านาม:ชื่อ - สกุล:

ตำแหน่ง:

หน่วยงาน:

โทรศัพท์:มือถือ:

ตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

เป็นนักศึกษา ปธพ. รุ่นที่

(แพทยสภาอาจติดต่อท่านในกรณีที่มีข้อสงสัยเพิ่มเติมต่อไป)

1. ระยะเวลาที่ท่านได้รู้จักผู้สมัคร:
2. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้สมัคร:



3. ข้อเด่นหรือจุดแข็งของผู้สมัครในสายตาของท่าน:
-
-
4. ข้อด้อยหรือจุดอ่อนของผู้สมัครในสายตาของท่าน:
-
-
5. ผลงานหรือกิจกรรมที่ท่านคิดว่าได้แสดงถึงความสามารถพิเศษอันโดดเด่นและ/หรือศักยภาพของความเป็นผู้นำของผู้สมัคร:
-
-
6. ท่านคิดว่าสิ่งใดจะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาของผู้สมัครมากที่สุด:
-
-
7. ท่านคิดว่าผู้สมัครมีศักยภาพที่จะเป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจสาธารณสุขในสังคมไทยต่อไปได้อย่างไร:
-
-
8. กรุณาประเมินความสามารถของผู้สมัครในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ให้ครบทุกช่อง

หัวข้อ	ดีเยี่ยม	ดี	ปานกลาง	พอใช้	ไม่มี ความ เห็น
ความสามารถทางวิชาการ					
ความสามารถในการคิดวิเคราะห์					
ความสามารถในการแก้ปัญหา					
ความสามารถในการพูดหรือเขียนเพื่อแสดงความคิดเห็น					
ความเป็นผู้นำ					
ความสามารถในการบริหารจัดการองค์กร					
ความยึดมั่นในอุดมการณ์					
ความทุ่มเทต่อการทำงานเพื่อสาธารณะ					
ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์					
ความสามารถในการควบคุมอารมณ์					
การทำงานร่วมกับบุคคลอื่น					
มนุษยสัมพันธ์					

