



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง



เริ่มกรอกข้อมูลใบสมัคร

ไปที่ข้อมูลที่เคยบันทึก

ไปที่เว็บ www.kpi.ac.th

ใบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 10 ปีการศึกษา พ.ศ. 2565

ใบสมัครประกอบด้วยเอกสาร 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 รายละเอียดการรับสมัคร
- ส่วนที่ 2 การรับสมัคร
- ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองจากหัวหน้าหน่วยงาน (สำหรับผู้สมัครที่ต้องขออนุมัติแต่งตั้งเข้าอบรม)
- ส่วนที่ 4 หนังสือรับรอง (สำหรับผู้สมัครจากภาคเอกชนที่ไม่ต้องขออนุมัติแต่งตั้งหรือเป็นผู้บริหารสูงสุดขององค์กร-เจ้าของกิจการ) ผู้สมัครจะต้องให้บุคคลอื่นเป็นผู้รับรอง

หลักฐานประกอบการสมัคร

- แบบฟอร์มใบสมัครที่ผู้สมัครดำเนินการกรอกใบสมัครออนไลน์
- รูปถ่ายสีหน้าตรง ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 3 เดือน (แบบไฟล์ในชั้นตอนที่ 4)
- สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนามัครประจำตัวประชาชน หรือสำเนามัครข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

กรณีเอกชน

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอนหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

การรับสมัคร

- สมัครออนไลน์ระหว่างวันที่ **1 สิงหาคม - 31 สิงหาคม 2565** เท่านั้น
- ในการสมัคร เมื่อผู้สมัครหรือตัวแทนผู้สมัครดำเนินการกรอกใบสมัครออนไลน์ ผู้สมัครต้องดำเนินการแนบเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน เพื่อใช้ประกอบในการพิจารณาคัดเลือก
- เมื่อลงทะเบียนในการสมัครเรียบร้อยแล้ว จะได้รับเลขประจำตัวผู้สมัครโดยระบบจะส่ง E-mail ดอรับการลงทะเบียนไป E-mail ที่ท่านลงทะเบียนไว้

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่

โครงการหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง
สถาบันพระปกเกล้า ชั้น 3 ตึก 20 ชั้นที่ 3 ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
อาคารรัฐประศาสนภักดี ชั้น 3 (โซนด้านทิศใต้) ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
เว็บไซต์ www.kpi.ac.th

นางสาวณัฐกานต์ ทองวัน หมายเลขโทรศัพท์ 0-2141-9720

นายภูธณัฐ ศรีพฤกษ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0-2141-9694

หมายเลขโทรสาร 0-2143-8186

หรือ แพทยสภา

นายธีระพงศ์ ยิ่งเหล็ก หมายเลขโทรศัพท์ 089-474-8998

นางสาวอัมพร ศรีเคลือบ หมายเลขโทรศัพท์ 062-001-1554

Email: tmckpi@gmail.com หรือ fax 02-692-7222

คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษาศึกษา

เป็นผู้บริหารในสายวิชาชีพหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ หรือผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป **อายุไม่ต่ำกว่า 40 ปี (นับจนถึงวันปิดรับสมัคร)** โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา ข้าราชการการเมือง (ซึ่งได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง) และข้าราชการรัฐสภาฝ่ายการเมือง (ซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายรัฐสภา)
2. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้ (ข้าราชการระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่าเดิม)
 - ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทบริหารระดับต้นขึ้นไป
 - ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับสูง
 - ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป
3. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือผู้ดำรงตำแหน่งอื่นที่ปฏิบัติราชการเช่นเดียวกับประเภทอำนวยการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี (ข้าราชการระดับ 8 เทียบเท่าตำแหน่งผู้อำนวยการกองเดิม)
4. เจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรมหาชน หรือข้าราชการเจ้าหน้าที่ หรือพนักงานของหน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งดำรงตำแหน่งระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ดำรงตำแหน่งระดับ 11 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เฉพาะของคณะกรรมการส่วนจังหวัด/เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง) ในตำแหน่ง นายกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รองนายกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น หรือปลัด
5. นายทหารหรือนายตำรวจที่มีชั้นยศ อัถตราเงินเดือน พันเอก(พิเศษ) นาวาเอก (พิเศษ) นาวาอากาศเอก (พิเศษ) หรือพันตำรวจเอก (พิเศษ) ขึ้นไป ต้องดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารหน่วยงาน หรือองค์กร
6. แพทย์ผู้บริหารจากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน ข้าราชการพลเรือน หรือพนักงาน (ในสถาบันอุดมศึกษาซึ่งดำรงตำแหน่งอธิการบดี รองอธิการบดี คณบดี หรือดำรงตำแหน่งบริหาร ของคณะแพทยศาสตร์
7. แพทย์ผู้บริหารในภาคเอกชน มีความรู้ ความสามารถ และเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง
8. แพทย์ผู้บริหารในภายใต้หน่วยงานกรุงเทพมหานคร และภายใต้หน่วยงานรัฐอื่น ซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง
9. ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรพัฒนาเอกชน ผู้ประกอบกิจการ ผู้บริหารระดับสูงของกิจการภาคเอกชน และสื่อมวลชน **มีอายุไม่ต่ำกว่า 40 ปี และอายุไม่เกิน 65 ปี (นับจนถึงวันปิดรับสมัคร)**
10. เป็นบุคลากรที่คณะกรรมการหลักสูตรมีมติเห็นสมควรให้เข้ารับการศึกษาดูงาน เนื่องจากเห็นว่าจำเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรืองานสาธารณสุข

ทั้งนี้คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ จะพิจารณาคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษาดูงาน โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 6 ประเภท ดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากกระทรวงสาธารณสุข (ตามคุณสมบัติข้อ 2 และ ข้อ 3)

ประเภทที่ 2 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 6)

ประเภทที่ 3 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากทหาร ตำรวจ กษัตริย์ และองค์กรของรัฐอื่น ๆ (ตามคุณสมบัติข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 5 และ ข้อ 8)

ประเภทที่ 4 ผู้บริหารทางการแพทย์ ของสถานพยาบาลภาคเอกชน หรือองค์กรเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 7)

ประเภทที่ 5 ผู้บริหารหรือผู้มีประสบการณ์บริหาร ในภาครัฐอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ และสาธารณสุข (ไม่ใช่แพทย์) ผู้บริหารในกระบวนการนิติบัญญัติ ผู้บริหารสภาวิชาชีพสุขภาพต่าง ๆ ผู้บริหารในกระบวนการยุติธรรม ผู้บริหารในกระบวนการคุ้มครองประชาชน ผู้บริหารในกระบวนการสื่อสารและ ผู้บริหารการเงินการคลังระดับประเทศ ผู้บริหารในองค์กรของรัฐอื่น ๆ และผู้บริหารจากหน่วยงานที่ได้รับเชิญจากแพทยสภา (ตามคุณสมบัติ ข้อ 1, ข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 5, และ ข้อ 10)

ประเภทที่ 6 ผู้บริหารจากองค์กรและหน่วยงานภาคเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ และสาธารณสุขทั้งทางตรงและทางอ้อม (ตามคุณสมบัติ ข้อ 9)

หมายเหตุ

1. ผู้สมัครต้องไม่มีสัมพันธภาพอันเป็นเพื่อนร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือเป็นสามี ภรรยา ที่จดทะเบียนสมรส หรือมิได้จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย กับผู้สมัครในรุ่นเดียวกัน และกับนักศึกษาในหลักสูตร ปธพ. รุ่นที่ 8 ทั้งนี้ หากปรากฏทราบในภายหลัง คณะกรรมการฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาให้ออกจากการเป็นนักศึกษา ในหลักสูตรฯ
 2. ผู้สมัครต้องไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรของสถาบันอื่นที่มีระยะเวลาการศึกษาเดียวกันกับหลักสูตร ปธพ. รุ่นที่ 9 ซึ่งคณะกรรมการคัดเลือก เห็นว่าจะเป็นการอุปสรรคต่อการศึกษาในสถาบันฯ อาทิ
 - หลักสูตรผู้บริหารระดับสูง สถาบันวิทยาการฉลาดทุน (วตท.) โดยสถาบันวิทยาการฉลาดทุน ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย
 - หลักสูตรวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร (วปอ.) โดยวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
 - หลักสูตรผู้บริหารระดับสูงด้านการค้าและการพาณิชย์ (TEPCoT) โดยหอการค้าไทย
 - หลักสูตรผู้บริหารกระบวนการยุติธรรมระดับสูง (บยส.) สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการ ศาลยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม
 - หลักสูตรการพัฒนาการเมืองและการเลือกตั้งระดับสูง (พตส.) โดยสถาบันพัฒนาการเมืองและการเลือกตั้ง คณะกรรมการการเลือกตั้ง
 - หลักสูตรหลักนิติธรรมเพื่อประชาธิปไตย (นป.) โดยวิทยาลัยศาลรัฐธรรมนูญ สถาบันรัฐธรรมนูญศึกษา สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ
 3. ผู้สมัครต้องไม่เป็นนักศึกษานักเรียนของสถาบันพระปกเกล้าที่มีระยะเวลาการศึกษาเดียวกันกับหลักสูตร ปธพ. รุ่นที่ 9
 4. ไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดีจนเป็นที่รังเกียจของสังคม
 5. ไม่เคยเป็นบุคคลผู้เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกเพราะกระทำความผิดทางอาญา เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้ทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- ในกรณีเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เคยถูกลงโทษทางจริยธรรมในระดับพักใช้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือเพิกถอนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
6. ผู้สมัครต้องไม่เป็นผู้ผิดนัดชำระหนี้กองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.)



หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง

เอกสารแสดงความยินยอม

การสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรของสถาบันพระปกเกล้า สถาบันจะขอขยายวงจรถักเก็บ ไข่ และประมวลผล ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อประโยชน์ในการให้บริการการศึกษา การอบรม/สัมมนา การวิจัย การให้บริการ ตลอดจนการสนับสนุนงานตามพันธกิจของสถาบัน โดยจัดให้มีระบบจัดเก็บข้อมูลที่ปลอดภัย ซึ่งดูแลรับผิดชอบ โดยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเป็นกรณีเฉพาะ และจะใช้ข้อมูลส่วนบุคคลตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้เท่านั้น

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ขอความกรุณาอ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงข้อมูล หรือได้รับคำอธิบายจากสถาบันพระปกเกล้า ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ไข่หรือเปิดเผย ("ประมวลผล") ข้อมูลส่วนบุคคล จนมีความเข้าใจดีแล้ว ท่านให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือขู่ขู่ และท่านสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่ในกรณีที่มีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาณระหว่างท่านกับสถาบันพระปกเกล้า ที่ให้ประโยชน์แก่ท่านอยู่

กรณีที่ท่านประสงค์จะขอถอนความยินยอม จะมีผลทำให้ ท่านอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง หรือ ไม่สามารถบรรลุจุดประสงค์และเป้าหมายในกิจกรรมของหลักสูตร และการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม ท่านยินยอมหรือไม่

ยินยอม ไม่ยินยอม

ตกลง

ดำเนินการต่อ



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 10 ปีการศึกษา พ.ศ. 2565

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 1 : 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 No file chosen ** ประเภทไฟล์ .jpg, .jpeg, .png, .bmp เป็นต้น ขนาดไม่เกิน 2 MB ถ่ายไว้ไม่เกิน 3 เดือน (ขนาด 2 นิ้ว) *

ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน *

ความสัมพันธ์ * หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ *

ข้อมูลที่อยู่

เลขที่

หมู่ที่

ซอย

ถนน

จังหวัด *

เขต/อำเภอ *

แขวง/ตำบล *

รหัสไปรษณีย์ *

โทรศัพท์ *

มือถือ *

โทรสาร

อีเมล *

Facebook

Line ID

(กรณการใช้ Email ของผู้สมัครเท่านั้น)

ข้อมูลการล็อกอินเข้าระบบ

ชื่อผู้ใช้

รหัสผ่าน *

ยืนยันรหัสผ่าน *

Note: 1. * = บังคับกรอกข้อมูล

- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณเกศณีย์ ศรีพฤษ์ โทร 02-141-9694
 - คุณธีระพงศ์ ยี่งเหล็ก โทร 089-474-8998
 - คุณวีระยุทธ รันใหม่ โทร. 090-978-6900

ดาวน์โหลดแบบสมัคร



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 10 ปีการศึกษา พ.ศ. 2565

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 2 : ข้อมูลการทำงานและการศึกษา

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)	
ที่อยู่ทำงาน เลขที่	หมู่ที่
ซอย	ถนน
จังหวัด *	เขต/อำเภอ *
แขวง/ตำบล *	รหัสไปรษณีย์ *
โทรศัพท์ *	โทรสาร
อีเมล	

ข้อมูลเลขานุการ

คำนำหน้า	<input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว <input type="radio"/> นายแพทย์ <input type="radio"/> แพทย์หญิง <input type="radio"/> อื่น ๆ
ชื่อ	นามสกุล
โทรศัพท์	โทรสาร
อีเมล	มือถือ

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติ

คุณสมบัติข้อที่ * [เลือกหัวข้อคุณสมบัติ](#)

ประเภทที่ *

ข้อมูลด้านการศึกษา

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

กรณีเคยผ่านการศึกษาล่าสุดของสถาบันประเภทเล่า โปรดระบุโดยละเอียด

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

ข้อมูลสำหรับแพทย์กรอก

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

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	ปีที่รวมกิจกรรม	ลบ
			X
			X
			X

Note: 1. * = บังคับกรอกข้อมูล

- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณเกตุณัฐ ศรีพญาห์ โทร 02-141-9694
 - คุณธีระพงศ์ ยั้งเหล็ก โทร 089-474-8998
 - คุณวีระยุทธ รันใหม่ โทร. 090-978-6900

[ย้อนกลับ](#)

[บันทึกและไปต่อ](#)

ตัวอย่างใบสมัคร



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 10 ปีการศึกษา พ.ศ. 2565

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 3 : ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม

จำนวนครั้งที่ท่านเคยสมัครเรียนปรพ.มาก่อนหน้านี้แล้ว

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

ผู้สมัครคิดว่าสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานใดบ้าง

แนบเอกสารเพิ่มเติม No file chosen ** ประเภทไฟล์ .pdf, .doc, .docx, .xls, .xlsx, .zip, .rar เป็นต้น ขนาดไม่เกิน 2 MB

*ท่านสามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมหากมีข้อความเกินเนื้อที่ที่กำหนดให้

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความสนใจในการศึกษา การจัดหาเอกสารวิชาการในหัวข้อหรือประเด็นใด

อันดับ 1 เกี่ยวกับ [เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ](#)

อันดับ 2 เกี่ยวกับ [เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ](#)

อันดับ 3 เกี่ยวกับ [เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ](#)

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ทางการแพทย์ในเรื่องใดที่จะสามารถแลกเปลี่ยนในกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้

แนบเอกสารเพิ่มเติม No file chosen ** ประเภทไฟล์ .pdf, .doc, .docx, .xls, .xlsx, .zip, .rar เป็นต้น ขนาดไม่เกิน 2 MB

ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สำคัญ (* ต้องไม่มีระหว่างการศึกษา)

ปปร. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>	วปอ. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>	บยส. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>
ปรม. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>	สสสส. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>	วตท. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>
วพน. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>	พตส. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>	TepCot รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>
ปศส. <input type="text"/>	รุ่นที่ <input type="text"/>	บยป. <input type="text"/>	รุ่นที่ <input type="text"/>	ภูมิพลังแผ่นดิน. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>
พ.ศ. <input type="text"/>		พ.ศ. <input type="text"/>			
หลักสูตรระดับสูงอื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>					

ในโครงการนี้จะมีการทำกิจกรรมแพทยอาสาเพื่อสังคมโดยออกหน่วยแพทยอาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 9 ร่วมกับแพทยสภา และมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ในเดือน พ.ค. 2564 ตามวัตถุประสงค์ข้อ 5 หากท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทยอาสาฯ 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 (จากหน่วยงานอื่นๆที่มีแพทย์) (โปรดระบุ)
- 8. ประสงค์บริจาคสิ่งของให้โรงพยาบาลหรือประชาชนรวมในโครงการ (โปรดระบุ)
- 9. ความสามารถ/ความถนัดพิเศษ ที่อาจเอื้อต่อการจัดกิจกรรมฯ ของหลักสูตรฯ (โปรดระบุ)

บุคคลรับรองที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา หรือ ปธพ.รุ่น 1-8 (ถ้ามี) : ระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน หมายเลขโทรศัพท์ โปรดให้กรอกใบรับรองผู้สมัครจากบุคคลอ้างอิงมาประกอบด้วย * ในหน้า 6 จำนวน 1-2 ท่าน (ถ้ามี)

- 1.
- 2.
- 3.

เหตุผลที่ท่านต้องการสมัครเข้าศึกษาใน ปธพ.รุ่นที่ 9

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

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

การสูบบุหรี่ สูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่

ไซส์เสื้อ Jacket -- โปรดเลือก --

ไซส์เสื้อ Polo -- โปรดเลือก --

ขนาดรอบเอว

ความสูง (ซ.ม.)

น้ำหนัก (ก.ก.)

Note: 1. * = บังคับกรอกข้อมูล

2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่

- คุณชญชัญญ์ ศรีพฤษ์ โทร 02-141-9694
- คุณธีรพงศ์ ยั้งเหล็ก โทร 089-474-8998
- คุณวีระยุทธ รันใหม่ โทร. 090-978-6900

⬅️ [ย้อนกลับ](#)

[บันทึกและไปต่อ](#)

ตัวอย่างใบสมัคร



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 10 ปีการศึกษา พ.ศ. 2565

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 4 : ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

หนังสือให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล

1. เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ไว้ ณ ที่นี้ว่า เอกสารนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า อันเป็นการบ่งชี้ตัวของข้าพเจ้าที่อยู่ในครอบครองของสถาบันพระปกเกล้า ในกรณีที่มีผู้อื่นมาขอตรวจสอบ หรือขอคัดสำเนาเอกสารดังกล่าว ข้าพเจ้า

ยินยอม ให้ดำเนินการได้ ไม่ยินยอม

2. ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน

เนื่องจากหลักสูตรนี้ เรียนมากกว่า หลักสูตรทั่วไป คือใช้เวลาการเรียน อาทิตย์ละ 2 วันคือวันศุกร์ และ วันเสาร์เต็มวันเป็นเวลา 7 เดือน และมีกิจกรรมสัมพันธสัมพันธ์กันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด)

ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปพพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง พฤศจิกายน 2563 - สิงหาคม 2564 ข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วมฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่ระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปพพ. ***

3. หนังสือรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน ([ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง](#)) *

Choose File No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

4. หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดขององค์กร ([ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง](#)) *

Choose File No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

5. ใบรับรองผู้สมัคร ส่วนของสถาบันส่งเสริมจริยธรรม แพทยสภา ([ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง](#)) *

Choose File No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

6. สำเนาบัตรประชาชน *

Choose File No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ

Choose File No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

7. สำเนาทะเบียนบ้าน *

Choose File No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

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

Choose File No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

9. **กรณีเอกชน**

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอนหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

10. **ยินยอมให้สถาบันพระปกเกล้าตรวจสอบสถานะความเป็นผู้กู้ยืมเงินกองทุน สถานะการชำระเงินคืนกองทุน จากกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา ([ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล](#)) ***

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

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

Note: 1. * = บังคับกรอกข้อมูล

2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่

- คุณชญณี ศรีพฤษ์ โทร 02-141-9694
- คุณธีระพงศ์ ยังเหล็ก โทร 089-474-8998
- คุณวีระยุทธ รันใหม่ โทร. 090-978-6900

ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 10 ปีการศึกษา พ.ศ. 2565

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 5 : ยืนยันข้อมูล

ชื่อ - นามสกุล นายลองระบบ ทดสอบ
(ภาษาไทย)

ชื่อ - นามสกุล Mr.Long Test
(ภาษาอังกฤษ)

บัตรประชาชนเลขที่ 1539900105181
(วันที่ออกบัตร 15/08/2561 วันหมดอายุ 17/08/2570)

สถานที่ออกบัตร อำเภอ
บัตรข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ของรัฐ/
รัฐวิสาหกิจ เลขที่ (วันหมดอายุ)

สถานที่ออกบัตร
วันเกิด 21/08/2509

สัญชาติ ไทย

ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ในกรณี
ฉุกเฉิน นาย

ความสัมพันธ์ คนเคยรู้จักกัน

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 0896418923



ข้อมูลที่อยู่

ที่อยู่

ข้อมูลด้านการทำงาน

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

เลขานุการ

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติ

คุณสมบัติข้อที่ 1 (1-10) ประเภทที่ 1 (1-6)

ข้อมูลด้านการศึกษา

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

กรณีเคยผ่านการศึกษานักสตรของสถาบันประปกเกล้า

หลักสูตร	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ

ข้อมูลสำหรับแพทย์

ใบประกอบวิชาชีพ
เวชกรรมเลขที่
จบการศึกษา
แพทยศาสตรบัณฑิต
จาก

MD Card เลขที่

รุ่น / ปี พ.ศ. /

ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

วุฒิที่ได้รับ (วว./อวว.)	จากสถาบัน	ปีที่ได้ระบุ

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

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

ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม

ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม

จำนวนครั้งที่ท่านเคยสมัครเรียนปธพ.มาก่อนหน้านี้แล้ว

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

ผู้สมัครคิดว่าสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความสนใจในการศึกษาการจัดทำเอกสารวิชาการในหัวข้อหรือประเด็นใด

อันดับ 1 เกี่ยวกับ

อันดับ 2 เกี่ยวกับ

อันดับ 3 เกี่ยวกับ

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ทางทันตกรรมในเรื่องใดที่จะสามารถแลกเปลี่ยนในกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้

ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สำคัญ *ต้องไม่อยู่ระหว่างการศึกษา

ปปร. รุ่นที่	พ.ศ.	วปอ. รุ่นที่	พ.ศ.	บยส. รุ่นที่	พ.ศ.
ปรม. รุ่นที่	พ.ศ.	สสสส. รุ่นที่	พ.ศ.	วชช. รุ่นที่	พ.ศ.
ปศส.	รุ่นที่	บยป.	รุ่นที่	ภูมิพลังแผ่นดิน. รุ่นที่	พ.ศ.
	พ.ศ.		พ.ศ.		
หลักสูตรระดับสูงอื่น ๆ โปรดระบุ					

ในโครงการนี้จะมีการทำกิจกรรมแพทย์อาสาเพื่อสังคมโดยออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 9 ร่วมกับแพทย์สภา และมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ในเดือน พ.ศ. 2564 ตามวัตถุประสงค์ข้อ 5

หากท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทย์อาสาฯ ในด้านใดโดยสมัครใจ โปรดให้รายละเอียด

กรณีแพทย์

1. เคยร่วมออกหน่วยแพทย์อาสาของแพทย์สภา ใน (โปรดระบุโครงการ)
2. ร่วมออกตรวจรักษา ผ่าตัดคนไข้ หรือ สอนแพทย์ในพื้นที่ จัดหน่วยแพทย์ร่วมทีมจากหน่วยงานในสังกัดตนเอง หรือ สังกัดอื่น (โปรดระบุสาขา)
3. จัดหน่วยเอกซเรย์ เครื่องมือแพทย์ ไซโนโครงการฯ (โปรดระบุ)

กรณีบุคคลทั่วไป และแพทย์

4. จัดเรื่องประสานงาน organizer ในงานแพทย์อาสาฯ
5. เรื่องการจัดอาหาร เสื้อผ้า สวัสดิการ และดูแลประชาชน
6. เรื่องการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ และ สิ่งพิมพ์
7. จัดหน่วยบริการประชาชนอื่นๆ ร่วมทีม (จากหน่วยงานอื่นๆที่มีใช้แพทย์) (โปรดระบุ)
8. ประสงค์บริจาคสิ่งของให้โรงพยาบาลหรือประชาชนร่วมในโครงการ (โปรดระบุ)
9. ความสามารถ/ความถนัดพิเศษ ที่อาจเอื้อต่อการจัดกิจกรรมฯ ของหลักสูตรฯ (โปรดระบุ)

บุคคลรับรองที่เกี่ยวข้องกับแพทย์สภา หรือ ปธพ.รุ่น 1-8 (ถ้ามี) : ระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน หมายเลขโทรศัพท์ โปรดให้กรอกใบรับรองผู้สมัครจากบุคคลอ้างอิงมาประกอบด้วย * ในหน้า 4-6 จำนวน 1-2 ท่าน (ถ้ามี)

1.

2.

3.

เหตุผลที่ท่านต้องการสมัครเข้าศึกษาใน ปธพ.รุ่นที่ 9

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร	<input 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		ไซส์เสื้อ Polo	ขนาดรอบเอว 0.00
ความสูง (ซ.ม.)	0.00	น้ำหนัก (ก.ก.)	0.00

ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

- เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ไว้ ณ ที่นี้ว่า เอกสารนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า อันเป็นการมุ่งชี้ตัวของข้าพเจ้าที่อยู่ในครอบครองของสถาบันพระปกเกล้า ในกรณีที่มีผู้อื่นมาขอตรวจสอบ หรือขอคัดสำเนาเอกสารดังกล่าว ข้าพเจ้า
 ยินยอม ให้ดำเนินการได้ ไม่ยินยอม
- ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน
เนื่องจากหลักสูตรนี้ เรียนมากกว่า หลักสูตรทั่วไป คือไปแจ้งการเรียน อาทิตย์ละ 2 วันคือวันศุกร์ และ วันเสาร์เต็มวันเป็นเวลา 7 เดือน และมีกิจกรรมสัมพันธร่วมกันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด)
 ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้ดำเนินการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปธพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาระหว่าง พฤศจิกายน 2563 - สิงหาคม 2564 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปธพ. ***
- หนังสือรับรองของหน่วยงานบ้าน/ทำงาน
- หนังสือรับรอง กรณีสมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร
- ใบรับรองผู้สมัคร ส่วนของสถาบันส่งเสริมจริยธรรม แพทยสภา
- สำเนาบัตรประชาชน
สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
- กรณีเอกชน
- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย
- ยินยอมให้สถาบันพระปกเกล้าตรวจสอบสถานะความเป็นผู้กู้ยืมเงินกองทุน สถานะการชำระเงินคืนกองทุน จากกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา

- Note:** 1. * = บังคับกรอกข้อมูล
2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
- คุณเกศณีย์ ศรีพฤษฯ โทร 02-141-9694
- คุณธีระพงศ์ ยิ่งเหล็ก โทร 089-474-8998
- คุณวีระยุทธ รันใหม่ โทร. 090-978-6900

ย้อนกลับ

ส่งข้อมูล

หมายเหตุ : กรุณาตรวจสอบข้อมูลและเอกสารแนบของท่านให้ถูกต้องก่อน กดส่งข้อมูล (กรณีท่านกดส่งข้อมูลไปแล้วจะไม่สามารถกลับมาแก้ไขได้อีกครั้ง)