



# ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์  
สำหรับผู้บริหารระดับสูง



เริ่มกรอกข้อมูลใบสมัคร ไปที่ข้อมูลที่เคยบันทึก ไปที่เว็บ [www.kpi.ac.th](http://www.kpi.ac.th)

## ใบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 9 ปีการศึกษา พ.ศ. 2563

ใบสมัครประกอบด้วยเอกสาร 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 รายละเอียดการรับสมัคร
- ส่วนที่ 2 การรับสมัคร
- ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองจากหัวหน้าหน่วยงาน (สำหรับผู้สมัครที่ต้องขออนุมัติต้นสังกัดเพื่อเข้าอบรม)
- ส่วนที่ 4 หนังสือรับรอง (สำหรับผู้สมัครจากภาคเอกชนที่ไม่ต้องขออนุมัติต้นสังกัดหรือเป็นผู้บริหารสูงสุดขององค์กร-เจ้าของกิจการ) ผู้สมัครจะต้องให้บุคคลอื่นเป็นผู้รับรอง

### หลักฐานประกอบการสมัคร

- แบบฟอร์มใบสมัครที่ผู้สมัครดำเนินการกรอกใบสมัครออนไลน์ และเมื่อกรอกใบสมัครครบถ้วนแล้ว ผู้สมัครต้องดำเนินการพิมพ์เอกสารตัวจริงส่งมายังสถาบันพระปกเกล้า
- รูปถ่ายสีหน้าตรง ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 3 เดือน (ใช้ติดใบสมัคร 1 รูป โดยการติดห้ามใช้ลวดเย็บกระดาษเย็บรูป)
- สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

### กรณีเอกชน

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอนหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

### การรับสมัคร

- เปิดรับสมัครระหว่างวันที่ **17 สิงหาคม - 9 ตุลาคม 2563** เท่านั้น
- ในการสมัคร เมื่อผู้สมัครหรือตัวแทนผู้สมัครดำเนินการกรอกใบสมัครออนไลน์ ผู้สมัครต้องดำเนินการแนบเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาคัดเลือก
- เมื่อลงทะเบียนในการสมัครเรียบร้อยแล้ว จะได้รับเลขประจำตัวผู้สมัครโดยระบบจะส่ง E-mail ตอบรับการลงทะเบียนไป E-mail ที่ท่านลงทะเบียนไว้

### สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่

โครงการหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง  
สถาบันพระปกเกล้า เลขที่ 120 หมู่ที่ 3 ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา  
อาคารรัฐประศาสนภักดี ชั้น 5 (โซนด้านทิศใต้) ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210  
เว็บไซต์ [www.kpi.ac.th](http://www.kpi.ac.th)

นางนรารัตน์ อธิวาสนพงศ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0-2141-9614  
นางสาวณัฐกานต์ ทองวัน หมายเลขโทรศัพท์ 0-2141-9720  
นายภูธณัฐ ศรีพลกษ หมายเลขโทรศัพท์ 0-2141-9694  
หมายเลขโทรสาร 0-2143-8186

หรือ แพทยสภา

นายธีระพงศ์ ยังเหล็ก หมายเลขโทรศัพท์ 089-474-8998  
นางสาวปริมาส ป็องเจริญ หมายเลขโทรศัพท์ 084-321-3111  
นางสาวอัมพร ศรีเคลือบ หมายเลขโทรศัพท์ 062-001-1554  
Email: [tmckpi@gmail.com](mailto:tmckpi@gmail.com) หรือ fax 02-692-7222



## คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษาศึกษา

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

- สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา ข้าราชการการเมือง (ซึ่งได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง) และข้าราชการรัฐสภาฝ่ายการเมือง (ซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายรัฐสภา)
- ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้ (ข้าราชการระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่าเดิม)
  - ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทบริหารระดับต้นขึ้นไป
  - ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับสูง
  - ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป
- ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือผู้ดำรงตำแหน่งอื่นที่ปฏิบัติราชการเช่นเดียวกับประเภทอำนวยการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี (ข้าราชการระดับ 8 เทียบเท่าตำแหน่งผู้อำนวยการกองเดิม)
- เจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรมหาชน หรือข้าราชการเจ้าหน้าที่ หรือพนักงานของหน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งดำรงตำแหน่งระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ดำรงตำแหน่งระดับ 11 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เฉพาะองค์การบริหารส่วนจังหวัด/เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง) ในตำแหน่ง นายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รองนายกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น หรือปลัด
- นายทหารหรือนายตำรวจที่มีชั้นยศ อดตราชินเดือน พันเอก(พิเศษ) นาวาเอก (พิเศษ) นาวาอากาศเอก (พิเศษ) หรือพันตำรวจเอก (พิเศษ) ขึ้นไป ต้องดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารหน่วยงาน หรือองค์กร
- แพทย์ผู้บริหารจากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน ข้าราชการพลเรือน หรือพนักงาน ในสถาบันอุดมศึกษาซึ่งดำรงตำแหน่งอธิการบดี รองอธิการบดี คณบดี หรือดำรงตำแหน่งบริหาร ของคณะแพทยศาสตร์
- แพทย์ผู้บริหารในภาคเอกชน มีความรู้ ความสามารถ และเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง
- แพทย์ผู้บริหารในภายใต้หน่วยงานกรุงเทพมหานคร และภายใต้หน่วยงานรัฐอื่น ซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง
- ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรพัฒนาเอกชน ผู้ประกอบกิจการ ผู้บริหารระดับสูงของกิจการภาคเอกชน และสื่อมวลชน **มีอายุไม่ต่ำกว่า 40 ปี และอายุไม่เกิน 65 ปี (นับจนถึงวันปีได้รับสมัคร)**
- เป็นบุคลากรที่คณะกรรมการหลักสูตรมีมติเห็นสมควรให้เข้ารับการศึกษาบรม เนื่องจากเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรืองานสาธารณสุข

ทั้งนี้คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ จะพิจารณาคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษาบรม **โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 6 ประเภท** ดังต่อไปนี้

**ประเภทที่ 1 ผู้บริหารทางการแพทย์** จากกระทรวงสาธารณสุข (ตามคุณสมบัติข้อ 2 และ ข้อ 3)

**ประเภทที่ 2 ผู้บริหารทางการแพทย์** จากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 6)

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

**ประเภทที่ 4 ผู้บริหารทางการแพทย์** ของสถานพยาบาลภาคเอกชน หรือองค์กรเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 7)

**ประเภทที่ 5 ผู้บริหารหรือผู้มีประสบการณ์บริหารในภาครัฐอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ และสาธารณสุข (ไม่ใช่แพทย์)** ผู้บริหารในกระบวนการนิติบัญญัติ ผู้บริหารสภาวิชาชีพสหภาพต่าง ๆ ผู้บริหารในกระบวนการยุติธรรม ผู้บริหารในกระบวนการคุ้มครองประชาชน ผู้บริหารในกระบวนการสื่อสารมวลชน ผู้บริหารการเงินการคลังระดับประเทศ ผู้บริหารในองค์กรของรัฐอื่น ๆ และผู้บริหารจากหน่วยงานที่ได้รับเชิญจากแพทยสภา (ตามคุณสมบัติ ข้อ 1, ข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 5, และ ข้อ 10 )

**ประเภทที่ 6 ผู้บริหารจากองค์กรและหน่วยงานภาคเอกชน** ที่เกี่ยวข้องับระบบการแพทย์ และสาธารณสุขทั้งทางตรงและทางอ้อม (ตามคุณสมบัติ ข้อ 9)

## หมายเหตุ

- ผู้สมัครต้องไม่มีสัมพันธ์เกี่ยวเนื่อง**เป็นพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือเป็นสามี ภรรยา ที่จดทะเบียนสมรส หรือมิได้จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย กับผู้สมัครในรุ่นเดียวกัน และกับนักศึกษาในหลักสูตร ปธพ. รุ่นที่ 8 ทั้งนี้ หากปรากฏทราบในภายหลัง คณะกรรมการฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาให้ออกจากการเป็นนักศึกษาในหลักสูตรฯ
- ผู้สมัครต้องไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรของสถาบันอื่น**ที่มีระยะเวลาการศึกษาเดียวกันกับหลักสูตร ปธพ. รุ่นที่ 9 **ซึ่งคณะกรรมการคัดเลือกฯ เห็นว่าจะเป็นผู้สมัครต่อการศึกษาในสถาบันฯ อาทิ**
  - หลักสูตรผู้บริหารระดับสูง สถาบันวิทยาการฉลาดทุน (วตท.) โดยสถาบันวิทยาการฉลาดทุน ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย
  - หลักสูตรวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร (วปอ.) โดยวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
  - หลักสูตรผู้บริหารระดับสูงด้านการค้าและการพาณิชย์ (TEPCoT) โดยหอการค้าไทย
  - หลักสูตรผู้บริหารกระบวนการยุติธรรมระดับสูง (บยส.) สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการ ศาลยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม
  - หลักสูตรการพัฒนาการเมืองและการเลือกตั้งระดับสูง (พตส.) โดยสถาบันพัฒนาการเมืองและการเลือกตั้ง คณะกรรมการการเลือกตั้ง
  - หลักสูตรหลักนิตยธรรมเพื่อประชาธิปไตย (นรป.) โดยวิทยาลัยศาลรัฐธรรมนูญ สถาบันรัฐธรรมนูญศึกษา สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ
- ผู้สมัครต้องไม่เป็นนักศึกษาลักศตรอื่นของสถาบันพระปกเกล้า**ที่มีระยะเวลาการศึกษาเดียวกันกับหลักสูตร ปธพ. รุ่นที่ 9
- ไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดีจนเป็นที่รังเกียจของสังคม
- ไม่เคยเป็นบุคคลผู้เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกเพราะกระทำความผิดทางอาญา เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้ทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ  
ในกรณีเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เคยถูกลงโทษทางจริยธรรมในระดับพักใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือเพิกถอนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- ผู้สมัครต้องไม่เป็นผู้ผิดนัดชำระหนี้กองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.)



# ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 9 ปีการศึกษา พ.ศ. 2563

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

## ขั้นตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปผู้สมัคร

คำนำหน้า \*  นาย  นาง  นางสาว  นายแพทย์  แพทย์หญิง  อื่น ๆ

ชื่อ \*

นามสกุล \*

ชื่อเล่น

คำนำหน้า (อังกฤษ) \*  Mr.  Mrs.  Ms.  Other

ชื่อ (อังกฤษ) \*

นามสกุล (อังกฤษ) \*

บัตรประชาชนเลขที่ \*

วันที่ออกบัตร \*

วันหมดอายุ \*

สถานที่ออกบัตร \*

บัตรข้าราชการ/ เจ้า

วันหมดอายุ

หน้าที่ของรัฐ/

รัฐวิสาหกิจ เลขที่

สถานที่ออกบัตร

วันเกิด \*

ภูมิลำเนา \*

สัญชาติ \*

ศาสนา \*

รูปถ่ายสี  
(ขนาด 2 นิ้ว) \*

No file chosen

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

ข้อมูลคลที่ติดต่อได้ใน  
กรณีฉุกเฉิน \*

ความสัมพันธ์ \*

หมายเลขโทรศัพท์  
ติดต่อ \*



### ข้อมูลที่อยู่

เลขที่

หมู่ที่

ซอย

ถนน

จังหวัด \*

เขต/อำเภอ \*

แขวง/ตำบล \*

รหัสไปรษณีย์ \*

โทรศัพท์ \*

มือถือ \*

โทรสาร

อีเมล \*

Facebook

(กรุณาใช้ Email ของผู้สมัครเท่านั้น)  
Line ID

### ข้อมูลการล็อกอินเข้าระบบ

ชื่อผู้ใช้

รหัสผ่าน \*

ยืนยันรหัสผ่าน \*

**Note:** 1. \* = บังคับกรอกข้อมูล

- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
  - คุณภรณ์ณัฐ ศรีพฤษฯ โทร 02-141-9694
  - คุณธีระพงษ์ ยิ่งเหล็ก โทร 089-474-8998
  - คุณวีระยุทธ รันใหม่ โทร. 090-978-6900

ตัวอย่างใบสมัคร



# ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์  
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 9 ปีการศึกษา พ.ศ. 2563

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

## ขั้นตอนที่ 2 : ข้อมูลการทำงานและการศึกษา

### ข้อมูลด้านการทำงาน

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| ตำแหน่ง<br>(ภาษาไทย) *                        |                             |
| สังกัด: ฝ่าย/กอง/สำนัก<br>(ภาษาไทย)           |                             |
| หน่วยงาน/องค์กร/<br>กระทรวง<br>(ภาษาไทย) *    |                             |
| ตำแหน่ง<br>(ภาษาอังกฤษ) *                     |                             |
| สังกัด: ฝ่าย/กอง/สำนัก<br>(ภาษาอังกฤษ)        |                             |
| หน่วยงาน/องค์กร/<br>กระทรวง<br>(ภาษาอังกฤษ) * |                             |
| ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา                         |                             |
| โปรดระบุ (ในกรณีส่งหนังสือราชการ)             |                             |
| ที่อยู่ทำงาน เลขที่                           | หมู่ที่                     |
| ซอย   | ถนน                         |
| จังหวัด * -- โปรดเลือก --                     | เขต/อำเภอ * -- โปรดเลือก -- |
| แขวง/ตำบล * -- โปรดเลือก --                   | รหัสไปรษณีย์ *              |
| โทรศัพท์ *                                    | โทรสาร                      |
| อีเมล   |                             |

### ข้อมูลเลขานการ

|          |  |
|----------|--|
| 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 \* i [เลือกหัวข้อคุณสมบัติ](#)

ประเภทที่ \* -- โปรดเลือกประเภทที่สมัคร -- ▼

ข้อมูลด้านการศึกษา

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

กรณีเคยผ่านการศึกษาลำดับสูงของสถาบันประเภทเกลา โปรดระบุโดยละเอียด

| หลักสูตร <a href="#">[เพิ่มรายการ]</a> | รุ่น / ปีการศึกษา | หมายเหตุ | ลบ |
|--|-------------------|----------|----|
|  |                   |          | ✕  |
|  |                   |          | ✕  |
|  |                   |          | ✕  |

ข้อมูลสำหรับแพทย์กรอก

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

ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

| วุฒิที่ได้รับ (วว./อว.) <a href="#">[เพิ่มรายการ]</a> | จากสถาบัน | ปีที่ได้รับ | ลบ |
|---|-----------|-------------|----|
|   |           |             | ✕  |
|   |           |             | ✕  |
|   |           |             | ✕  |

### กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

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

| ตำแหน่ง <a href="#">[เพิ่มรายการ]</a> | หน่วยงาน | ปีที่ร่วมกิจกรรม | ลบ |
|---------------------------------------|----------|------------------|----|
|                                       |          |                  | X  |
|                                       |          |                  | X  |
|                                       |          |                  | X  |

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

⏪ ย้อนกลับ

⏩ บันทึกและไปต่อ

ตัวอย่างใบสมัคร



# ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมบาลีทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 9 ปีการศึกษา พ.ศ. 2563

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

## ขั้นตอนที่ 3 : ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม

จำนวนครั้งที่ท่านเคยสมัครเรียนปธ.มาก่อนหน้านี้แล้ว

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

ผู้สมัครคิดว่าสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

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

\*ท่านสามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมหากมีข้อความเกินเนื้อที่ที่กำหนดให้

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความสนใจในการศึกษาการจัดหาเอกสารวิชาการในหัวข้อหรือประเด็นใด

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 (\* ต้องไม่อยู่ระหว่างการศึกษา)

|  |                              |                                    |                              |   |                           |
|--|------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|---------------------------|
| 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 และมูลนิธิธรรมภิบาลทางการแพทย์ในเดือน พ.ค. 2564 ตามวัตถุประสงค์ข้อ 5 หากท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทยอาสาฯ ในด้านใดโดยสมัครใจ โปรดให้รายละเอียด

#### กรณีแพทย์

- 1. เคยร่วมออกหน่วยแพทยอาสาของแพทยสภา ใน (โปรดระบุโครงการ)  
[Redacted]
- 2. ร่วมออกตรวจรักษา ผ่าตัดคนไข้ หรือ สอนแพทย์ในพื้นที่ จัดหน่วยแพทย์ร่วมทีมจากหน่วยงานในสังกัดตนเอง หรือสังกัดอื่น (โปรดระบุสาขา)  
[Redacted]
- 3. จัดหายาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ไข้ในโครงการฯ (โปรดระบุ)  
[Redacted]

#### กรณีบุคคลทั่วไป และแพทย์

- 4. จัดเรื่องประสานงาน organizer ในงานแพทยอาสาฯ
- 5. เรื่องการจัดอาหาร เสื้อผ้า สวัสดิการ และดูแลประชาชน
- 6. เรื่องการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ และ สิ่งพิมพ์
- 7. จัดหน่วยบริการประชาชนอื่นๆ ร่วมทีม (จากหน่วยงานอื่นๆที่มีไข้แพทย์) (โปรดระบุ)  
[Redacted]
- 8. ประสงค์บริจาคสิ่งของให้โรงพยาบาลหรือประชาชนร่วมในโครงการ (โปรดระบุ)  
[Redacted]
- 9. ความสามารถ/ความถนัดพิเศษ ที่อาจเอื้อต่อการจัดกิจกรรมฯ ของหลักสูตรฯ (โปรดระบุ)  
[Redacted]

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

1. [Redacted]
2. [Redacted]
3. [Redacted]

เหตุผลที่ท่านต้องการสมัครเข้าศึกษาใน ปธพ.รุ่นที่ 9

[Redacted]

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.)

Note: 1. \* = บังคับกรอกข้อมูล

2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่

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

[ย้อนกลับ](#)

[บันทึกและไปต่อ](#)

ตัวอย่างใบสมัคร



# ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 9 ปีการศึกษา พ.ศ. 2563

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 ในกรณีที่มิใช่อื่นมาขอตรวจสอบ หรือขอคัดสำเนาเอกสารดังกล่าว ข้าพเจ้า

ยินยอม ให้ดำเนินการได้  ไม่ยินยอม

2. ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน

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

ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปธพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง พฤศจิกายน 2563 - สิงหาคม 2564 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปธพ. \*\*\*

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

No file chosen \*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB

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

No file chosen \*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB

5. ใบรับรองผู้สมัคร ส่วนของสถาบันส่งเสริมจริยธรรม แพทย์สภา ([ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง](#)) \*

No file chosen \*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB

6. สำเนาบัตรประชาชน \*

No file chosen \*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB

สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ

No file chosen \*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB

7. สำเนาทะเบียนบ้าน \*

No file chosen \*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB

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

No file chosen \*\* ขนาดไม่เกิน 5 MB



9. **กรณีเอกชน**

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท 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** ประเภทไฟล์อัพโหลดที่รองรับประกอบด้วย .jpg, .jpeg, .png, .bmp, .pdf, .doc, .docx, .xls, .xlsx, .zip, .rar เป็นต้น

**Note: 1.** \* = บังคับกรอกข้อมูล

2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่

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

ตัวอย่างใบสมัคร



# ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 9 ปีการศึกษา พ.ศ. 2563

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

## ขั้นตอนที่ 5 : ยืนยันข้อมูล

|   |   |   |            |
|---|---|---|------------|
| ชื่อ - นามสกุล<br>(ภาษาไทย)                             | นายลองระบบ ทดสอบ  |  |            |
| ชื่อ - นามสกุล<br>(ภาษาอังกฤษ)                          | Mr.Long Test  |   |            |
| บัตรประชาชนเลขที่                                       | 1539900105181<br>(วันที่ออกบัตร 15/08/2561 วันหมดอายุ 17/08/2570) |   |            |
| สถานที่ออกบัตร  | อำเภอ   |   |            |
| บัตรข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ของรัฐ/<br>รัฐวิสาหกิจ เลขที่ | (วันหมดอายุ )   |   |            |
| สถานที่ออกบัตร  |   |   |            |
| วันเกิด   | 21/08/2509  | ภูมิลำเนา   | กรุงเทพ    |
| สัญชาติ   | ไทย   | ศาสนา   | ไม่มี      |
| ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ในกรณี<br>ฉุกเฉิน                  | นาย   |   |            |
| ความสัมพันธ์  | คนเคยรู้จักกัน  | หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ   | 0896418923 |

### ข้อมูลที่อยู่

ที่อยู่

### ข้อมูลด้านการหางาน

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) |               |                |         |

**กรณีเคยผ่านการศึกษาลัทธิของสถาบันประปภเกล้า**

| ลัทธิ | รุ่น / ปีการศึกษา | หมายเหตุ |
|-------|-------------------|----------|
|       |                   |          |

**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. สนพ. สจพ. และอดีตกรรมการ)

| ตำแหน่ง | หน่วยงาน | ปีที่ร่วมกิจกรรม |
|---------|----------|------------------|
|         |          |                  |



ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม

จำนวนครั้งที่ท่านเคยสมัครเรียนปพ.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 ท่านมีความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ทางการแพทย์ในเรื่องใดที่จะสามารถแลกเปลี่ยนในกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้

ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สำคัญ \*ต้องไม่อยู่ระหว่างการศึกษา

|                                 |         |               |         |                          |      |
|---------------------------------|---------|---------------|---------|--------------------------|------|
| ปปร. รุ่นที่                    | พ.ศ.    | วปอ. รุ่นที่  | พ.ศ.    | บยส. รุ่นที่             | พ.ศ. |
| ปรม. รุ่นที่                    | พ.ศ.    | สสสส. รุ่นที่ | พ.ศ.    | วตท. รุ่นที่             | พ.ศ. |
| ปศส.                            | รุ่นที่ | บยป.          | รุ่นที่ | ภูมิพลังแผ่นดิน. รุ่นที่ | พ.ศ. |
|                                 | พ.ศ.    |               | พ.ศ.    |                          |      |
| หลักสูตรระดับสูงอื่น ๆ โปรดระบุ |         |               |         |                          |      |

ในโครงการนี้จะมีการทำกิจกรรมแพทย์อาสาเพื่อสังคมโดยออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 9 ร่วมกับแพทย์สภา และมูลนิธิธรรมภิบาลทางการแพทย์ในเดือน พ.ค. 2564 ตามวัตถุประสงค์ข้อ 5

หากท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทย์อาสาฯ ในด้านใดโดยสมัครใจ โปรดให้รายละเอียด

#### กรณีแพทย์

1. เคยร่วมออกหน่วยแพทย์อาสาของแพทย์สภา ใน (โปรดระบุโครงการ)
2. ร่วมออกตรวจรักษา ผ่าตัดคนไข้ หรือ สอนแพทย์ในพื้นที่ จัดหน่วยแพทย์ร่วมทีมจากหน่วยงานในสังกัดตนเอง หรือ สังกัดอื่น (โปรดระบุสาขา)
3. จัดหายาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ไข้ในโครงการฯ (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)

บุคคลรับรองที่เกี่ยวข้องกับแพทย์สภา หรือ ปพ.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

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 และมีกิจกรรมสัมพันธร่วมกันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบรายละเอียด)  
 ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปธพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง พฤศจิกายน 2563 - สิงหาคม 2564 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปธพ. \*\*\*
3. หนังสือรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน
4. หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร
5. ใบรับรองผู้สมัคร ส่วนของสถาบันส่งเสริมจริยธรรม แพทยสภา
6. สำเนาบัตรประชาชน  
สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ
7. สำเนาทะเบียนบ้าน
8. สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
9. **กรณีเอกชน**
  - เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
  - ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย
10. **ยินยอมให้สถาบันพระปกเกล้าตรวจสอบสถานะความเป็นผู้กู้ยืมเงินกองทุน สถานะการชำระเงินคืนกองทุน จากกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา**

Note: 1. \* = บังคับกรอกข้อมูล

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

← ย้อนกลับ

ส่งข้อมูล →

**หมายเหตุ :** กรุณาตรวจสอบข้อมูลและเอกสารแนบของท่านให้ถูกต้องก่อน กดส่งข้อมูล (กรณีท่านกดส่งข้อมูลไปแล้วจะไม่สามารถกลับมาแก้ไขได้อีกครั้ง)

ตัวอย่างใบสมัคร



ตัวอย่างใบสมัคร