กลุ่มงานพัฒนาบุคลากรฯ
เลขที่รับ 18209
วันที่ 8 พย 60
เวลา 14.52 น.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
เลขที่รับ 11562
วันที่ 08 พย. 2560

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ ๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์ ๐๒ ๒๐๑ ๐๗๙๘ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๗๒๙๖

ด่วนที่สุด

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖/ว.๑๑๙๗๕

วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/อธิการบดี/คณบดี/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนัก/ศูนย์/หัวหน้ากลุ่มงานภาครัฐและเอกชน

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เปิดอบรมหลักสูตรต่างๆสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งดำเนินการมาแล้วกว่า ๔๕ ปี และได้ออกแบบต่อยอดหลักสูตรการบริหารโรงพยาบาลให้มีความล้ำสมัยและครอบคลุมสภาพแวดล้อมทางธุรกิจโรงพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เพื่อตอบรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล

ในปี ๒๕๖๑ ทางโรงเรียนฯได้เปิดการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตร "การบริหารระบบสารสนเทศทางการแพทย์" รุ่นที่ ๘ ขึ้น ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม ถึงวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๑ ให้แก่หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย/ส่วนงาน/ผู้จัดการงานไอซีที ที่สนับสนุนการดำเนินงานของผู้บริหาร ในระดับผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้สนใจทั่วไป โดยมีค่าลงทะเบียนท่านละ ๘๐,๐๐๐ บาท (แปดหมื่นบาทถ้วน) * ไม่รวมค่าศึกษาดูงานต่างประเทศ* รับจำนวน ๓๐ คน (เรียนวันจันทร์ ถึงพุธ/หรือวันอื่นในกรณีพิเศษตามที่หลักสูตรกำหนด) ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือกและชำระค่าลงทะเบียน ตั้งแต่วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ทางโรงเรียนฯ ขอเชิญ ท่าน ส่งบุคลากรที่มีศักยภาพเข้าอบรมในหลักสูตรดังกล่าวข้างต้น โดยจะเปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๓๐ ตุลาคม – ๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ ขอให้ท่านนำส่งใบสมัครการอบรมมาที่ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ชั้น ๘ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ ๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

สำหรับข้าราชการ สามารถเข้าอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาและมีสิทธิ์เบิกค่าธรรมเนียมจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบทางราชการ ผู้สนใจสามารถ Download เอกสารการสมัครและแผ่นพับหลักสูตรได้ที่ www.med.mahidol.ac.th/has/th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ทางโรงเรียนฯหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้มีโอกาสได้ร่วมพัฒนาศักยภาพผู้บริหารของท่าน

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สรายุทธ สุภาพรรณชาติ)
รองคณบดีฝ่ายโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คำชี้แจง คุณสมบัติและหลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าอบรม

หลักสูตร "การบริหารระบบสารสนเทศทางการแพทย์" รุ่นที่ 8

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ได้ตระหนักถึงความตั้งใจและความสำคัญของผู้สมัครทุกท่าน อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการบริหารจำเป็นต้องรักษาระเบียบ เพื่อให้การสมัครสามารถดำเนินการได้ทันต่อระยะเวลาที่กำหนด

หัวข้อ	รายละเอียด
คุณสมบัติของผู้สมัคร	1.ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/รอง/ผู้อำนวยการศูนย์/สำนัก ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ 2.หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย/ส่วนงาน/ผู้จัดการไอซีทีที่สนับสนุนการดำเนินงานของผู้บริหารระดับสูง 3.นักเวชสถิติ, นักเวชระเบียน, ผู้ดูแลระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์และระบบฐานข้อมูลทางการแพทย์, นักวิเคราะห์และพัฒนาระบบด้านสารสนเทศทางการแพทย์ 4.บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ที่รับผิดชอบงานด้านสารสนเทศทางการแพทย์ และผู้สนใจ
วิธีการคัดเลือก	1.หน่วยงานต้นสังกัดส่งรายชื่อ และเอกสารของผู้สมัครมาที่ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**ภายในระยะเวลาที่กำหนด** 2.พิจารณาจากความจำเป็นของหน่วยงาน ประโยชน์ที่หน่วยงานจะได้รับ ความพร้อมของผู้สมัคร และลำดับของการส่งใบสมัคร *ผู้ที่ได้รับการคัดเลือก**ต้องสามารถเข้าร่วม**กิจกรรมเชิงปฏิบัติการได้ตลอดระยะเวลาอบรม
เอกสารประกอบการสมัครเข้าอบรม	1.ใบสมัครเข้ารับการอบรมฉบับจริง ที่มีคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาขององค์กร **โปรดส่งทางไปรษณีย์อิเล็คทรอนิกส์ (Email) หรือ นำส่งด้วยตนเองที่โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล** 2.รูปถ่ายสีพื้นหลังสีขาว จำนวน 1 รูป
รับสมัคร	**ตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม – 8 ธันวาคม 2560**
ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือก	**วันที่ 15 ธันวาคม 2560** ผ่านช่องทาง www.med.mahidol.ac.th/has/th หรือ หนังสือตอบรับผู้ผ่านการคัดเลือก
ชำระเงินค่าลงทะเบียน	**ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2560** สามารถ Download แบบฟอร์มการชำระเงินได้ที่ http://med.mahidol.ac.th/has/th **กรณีมีผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกและชำระเงินแล้ว ไม่สามารถเรียกเงินคืนได้ทุกกรณี*
วันเปิดอบรม [โปรดแต่งกายสุภาพชุดสูทหรือสูทสถาบัน เพื่อถ่ายภาพหมู่และภาพเดี่ยวเพื่อจัดทำทำเนียบรุ่น]	**วันที่ 8 มกราคม 2561** ***เวลา 9.00 น. ณ ห้องประชุม ชั้น 6 อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี***
การศึกษาดูงานต่างประเทศ	เป็นวิชาเลือก **จัดในช่วงเดือนมีนาคม 2561** ทางโรงเรียนฯจะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง สำหรับค่าใช้จ่าย ผู้เข้าอบรมเป็นผู้รับผิดชอบเอง หรือเบิกงบประมาณสนับสนุนจากส่วนราชการ (เมื่อได้รับอนุมัติเรียบร้อยแล้ว)

<u>หมายเหตุ</u> เนื่องจากคณะฯ มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่จอดรถ ท่านสามารถนำรถมาจอดได้ที่ลานจอดรถคณะฯ ซอยสวนเงิน หรือ โดยสารรถประจำทางสาธารณะ และขออภัยในความไม่สะดวกมา ณ โอกาสนี้

มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท์ 02 201 0798 , 02 201 0800, 02 201 1274, 02 201 1547
โทรสาร 02 354 7296 E-mail: supapan.sup@mahidol.ac.th Website: www.med.mahidol.ac.th/has/th

มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลราชาธิบดี

เลขที่สมัคร .....
(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว
ถ่ายไว้ไม่เกิน
3 เดือน

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

กรุณา ☑ หลักสูตรที่ประสงค์จะเข้าอบรม

☐ หลักสูตรการบริหารโรงพยาบาล รุ่น .....

☐ หลักสูตรการบริหารระบบสารสนเทศทางการแพทย์ รุ่น..... ☐ หลักสูตร ผู้บริหารระดับต้น รุ่น.....

☐ หลักสูตรผู้บริหารการศึกษา (สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ) ☐ หลักสูตร Corporate Training หัวข้อ.....

1) รายละเอียดผู้สมัคร (กรุณาเขียนตัวบรรจง ชัดเจน และถูกต้อง เพื่อใช้ในการออกใบประกาศนียบัตร)

ตำแหน่งทางวิชาการ ○ ศาสตราจารย์ ○ รองศาสตราจารย์ ○ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ○ อาจารย์ ○ ดร. ○ นายแพทย์ ○ แพทย์หญิง ○ อื่นๆ..... ☆**ชื่อเล่น**.....

ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) **ตัวพิมพ์ใหญ่**

NAME (Mr./ Mrs./ Miss).....SURNAME.....

อายุ.....ปี วัน เดือน ปี เกิด..... สถานภาพ ○ โสด ○ สมรส ○ หย่าร้าง

กรณีเดินทางไปดูงาน ณ ต่างประเทศ (โปรดกรอกข้อมูลเลขที่หนังสือเดินทาง (ถ้ามี))

เลขที่หนังสือเดินทาง.....วันที่ออก.....วันหมดอายุ.....

ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง (ภาษาไทย).....

ชื่อตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ).....

ชื่อหน่วยงาน / คณะ / โรงพยาบาล /กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาไทย).....

ชื่อหน่วยงาน / คณะ / โรงพยาบาล /กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาอังกฤษ).....

ที่อยู่ที่ทำงานปัจจุบัน

เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มือถือ.....E-mail **(ตัวบรรจง)**.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ในการจัดส่งเอกสาร (เพื่อการสื่อสารในอนาคต)

เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

ประเภทอาหาร ○ ไทย ○ อิสลาม ○ มังสวิรัติ มีอาหารแพ้หรือไม่รับประทาน ○ ไม่มี ○ มี (โปรดระบุ).....

ผู้ประสานงาน/เลขานุการ/บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน .....โทรศัพท์.....

มือถือ..... E-mail **(ตัวบรรจง)**.....

2) ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-โท-เอก ตามลำดับ)

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ / สาขาวิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

3) ประวัติการทำงาน

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง/หน้าที่	สังกัด	พ.ศ.

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

.....

.....

4) ท่านเคยผ่านการอบรมทางด้านการบริหารโรงพยาบาล หรือหลักสูตรอื่น มาก่อนหรือไม่ ○ ไม่เคย ○ เคย (โปรดระบุ)

หลักสูตร	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ

5) วัตถุประสงค์ของการสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

.....

.....

6) ความคาดหวังจากการนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

.....

.....

7) ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรกำหนดได้ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของ **งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล** คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังคำกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้า ยินยอมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของ **งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล** ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ:

- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมาทาง E-mail: supapan.sup@mahidol.ac.th ตัวจริงกรุณาส่งไปรษณีย์อีกครั้ง
- ***สอบถามข้อมูลและยืนยันการชำระเงิน*** ได้ที่ งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล สำนักงานการศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ทุกวันเวลาราชการ เท่านั้น (08.30-16.30 น.) โทรศัพท์ 0 2201 1274, 0 2201 1547, 0 2201 0800 02 201 0798 โทรสาร 0 2354 7296 Website: http://med.mahidol.ac.th/has/

มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี