ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปผู้สมัคร

คำนำหน้า * ○ นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ อื่น ๆ

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 (ขนาด 2 นิ้ว) * เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด ** *ประเภทไฟล์ .jpg, .jpeg, .png, .bmp เป็นต้น ขนาดไม่เกิน 2 MB ถ่ายไว้ไม่เกิน 3 เดือน*

ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

ความสัมพันธ์ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ

ข้อมูลที่อยู่

เลขที่ หมู่ที่

ซอย ถนน

จังหวัด * -- โปรดเลือก -- เขต/อำเภอ * -- โปรดเลือก --

แขวง/ตำบล * -- โปรดเลือก -- รหัสไปรษณีย์ *

ตัวอย่างใบสมัคร

จังหวัด * -- โปรดเลือก -- เขต/อำเภอ * -- โปรดเลือก --

แขวง/ตำบล * -- โปรดเลือก -- รหัสไปรษณีย์ *

โทรศัพท์ * มือถือ *

โทรสาร อีเมล์ *

Facebook Line ID

ข้อมูลการล็อกอินเข้าระบบ

ชื่อผู้ใช้

รหัสผ่าน *

ยืนยันรหัสผ่าน *

Note: * = บังคับกรอกข้อมูล

บันทึกและไปต่อ

สถาบันพระปกเกล้า และ แพทยสภา

ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 7 ปีการศึกษา พ.ศ. 2561

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

ตัวอย่างใบสมัคร

(ภาษาอังกฤษ) *

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา

โปรดระบุ (ในกรณีส่งหนังสือราชการ)

ที่อยู่ที่ทำงาน เลขที่ | หมู่ที่

ซอย | ถนน

จังหวัด * -- โปรดเลือก -- | เขต/อำเภอ * -- โปรดเลือก --

แขวง/ตำบล * -- โปรดเลือก -- | รหัสไปรษณีย์ *

โทรศัพท์ * | โทรสาร

อีเมล์

ข้อมูลเลขานุการ

คำนำหน้า ○ นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ อื่น ๆ

ชื่อ | นามสกุล

โทรศัพท์ | โทรสาร

อีเมล์ | มือถือ

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติ

คุณสมบัติข้อที่ * เลือกหัวข้อคุณสมบัติ

ประเภทที่ * -- โปรดเลือกประเภทที่สมัคร --

ข้อมูลด้านการศึกษา

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

ตัวอย่างใบสมัคร

กรณีเคยผ่านการศึกษาหลักสูตรของสถาบันประปกเกล้า โปรดระบุโดยละเอียด

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

ข้อมูลสำหรับแพทย์กรอก

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

MD Card เลขที่

จบการศึกษาแพทยศาสตร์บัณฑิต จาก

รุ่น / ปี พ.ศ /

ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

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

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

ตำแหน่ง [เพิ่มรายการ]	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม	ลบ
			X
			X
			X

ตัวอย่างใบสมัคร

ย้อนกลับ บันทึกและไปต่อ

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

ผู้สมัครคิดว่าสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

แนบเอกสารเพิ่มเติม [เลือกไฟล์] ไม่ได้เลือกไฟล์ใด *** ประเภทไฟล์ .pdf, .doc, .docx, .xls, .xlsx, .zip, .rar เป็นต้น ขนาดไม่เกิน 2 MB*

**ท่านสามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมหากมีข้อความเกินเนื้อที่ที่กำหนดให้*

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความสนใจในการศึกษาการจัดทำเอกสารวิชาการในหัวข้อหรือประเด็นใด

อันดับ 1 เกี่ยวกับ เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ

อันดับ 2 เกี่ยวกับ เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ

อันดับ 3 เกี่ยวกับ เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ทางการแพทย์ด้านใดที่จะสามารถแลกเปลี่ยนในกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้

แนบเอกสารเพิ่มเติม [เลือกไฟล์] ไม่ได้เลือกไฟล์ใด *** ประเภทไฟล์ .pdf, .doc, .docx, .xls, .xlsx, .zip, .rar เป็นต้น ขนาดไม่เกิน 2 MB*

ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สาคัญ (* ต้องไม่อยู่ในช่วงการศึกษา)

ปปร. รุ่นที่	พ.ศ.	วปอ. รุ่นที่	พ.ศ.	บยส. รุ่นที่	พ.ศ.
ปรม. รุ่นที่	พ.ศ.	สสสส. รุ่นที่	พ.ศ.	วตท. รุ่นที่	พ.ศ.
วพน. รุ่นที่	พ.ศ.	พตส. รุ่นที่	พ.ศ.	TepCot รุ่นที่	พ.ศ.
ปศส.	รุ่นที่	บยป.	รุ่นที่	ภูมิพลังแผ่นดิน. รุ่นที่	พ.ศ.
พ.ศ.		พ.ศ.			
หลักสูตรระดับสูงอื่น ๆ โปรดระบุ					

ตัวอย่างใบสมัคร

ในโครงการนี้จะมีการทำกิจกรรมแพทย์อาสาเพื่อสังคมโดยออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 6 ร่วมกับแพทยสภา และมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ในเดือน พ.ค. 2561 ตามวัตถุประสงค์ข้อ 5
ท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทย์อาสาฯ ในด้านใดโดยสมัครใจ และต้องไม่เป็นการรบกวนสถานะนักศึกษามากเกินไป

กรณีแพทย์

☐ 1. เคยร่วมออกหน่วยแพทย์อาสาของแพทยสภา ใน (โปรดระบุโครงการ)

☐ 2. ร่วมออกตรวจรักษา ผ่าตัดคนไข้ หรือ สอนแพทย์ในพื้นที่ จัดหน่วยแพทย์ร่วมทีมจากหน่วยงานในสังกัดตนเอง หรือสังกัดอื่น (โปรดระบุสาขา)

☐ 3. จัดหายาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ใช้ในโครงการฯ (โปรดระบุ)

กรณีบุคคลทั่วไป และแพทย์

☐ 4. จัดเรื่องประสานงาน organizer ในงานแพทย์อาสาฯ

☐ 5. เรื่องการจัดอาหาร เสื้อผ้า สวัสดิการ และดูแลประชาชน

☐ 6. เรื่องการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ และ สิ่งพิมพ์

☐ 7. จัดหน่วยบริการประชาชนอื่นๆ ร่วมทีม (จากหน่วยงานอื่นๆที่มิใช่แพทย์) (โปรดระบุ)

☐ 8. สามารถบริจาคสิ่งของร่วมในโครงการ (โปรดระบุ)

☐ 9. สามารถบริจาคงบประมาณร่วมโครงการ (โปรดระบุ)

บุคคลรับรองที่เกี่ยวเนื่องกับแพทยสภา หรือ ปธพ.รุ่น 1-5 (ถ้ามี) : *ระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน หมายเลขโทรศัพท์ โปรดให้กรอกใบรับรองผู้สมัครจากบุคคลอ้างอิงมาประกอบด้วย *ในหน้า 4-6 จำนวน 1-2 ท่าน (ถ้ามี)*

1.
2.
3.

ตัวอย่างใบสมัคร

เหตุผลที่ท่านต้องการสมัครเข้าศึกษาใน ปธพ.รุ่นที่ 6

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร ☐ อาหารทั่วไป ☐ อาหารฮาลาล (มุสลิม) ☐ อาหารเจ ☐ อาหารมังสวิรัติ ☐ แพ้อาหารทะเล ☐ ไม่รับประทานเนื้อวัว ☐ อื่นๆ โปรดระบุ

การสูบบุหรี่ ○ สูบบุหรี่ ◉ ไม่สูบบุหรี่

ไซส์เสื้อ Jacket -- โปรดเลือก -- ไซส์เสื้อ Polo -- โปรดเลือก -- ขนาดรอบเอว

ความสูง (ซ.ม.) น้ำหนัก (ก.ก.)

ย้อนกลับ บันทึกและไปต่อ

ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | **ขั้นตอนที่ 4** | ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 4 : 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 วันเสาร์เต็มวัน และมีกิจกรรมสัมพันธ์ร่วมกันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด)

   ☐ ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปธพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง พฤศจิกายน 2560- พฤษภาคม 2561 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปธพ. ***

3. **หนังสือรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน** (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง)

   เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด ** *ขนาดไม่เกิน 5 MB*

4. **หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร** (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง)

   เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด ** *ขนาดไม่เกิน 5 MB*

5. **ใบรับรองผู้สมัคร ส่วนของสถาบันส่งเสริมจริยธรรม แพทยสภา** (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง)

   เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด ** *ขนาดไม่เกิน 5 MB*

6. **สำเนาบัตรประชาชน**

   เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด ** *ขนาดไม่เกิน 5 MB*

   สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ

   เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด ** *ขนาดไม่เกิน 5 MB*

7. **สำเนาทะเบียนบ้าน**

   เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด ** *ขนาดไม่เกิน 5 MB*

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

   เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด ** *ขนาดไม่เกิน 5 MB*

ตัวอย่างใบสมัคร

9. **กรณีเอกชน**
   - เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท

     เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด ** *ขนาดไม่เกิน 5 MB*
   - ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

     เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด ** *ขนาดไม่เกิน 5 MB*

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

ย้อนกลับ | บันทึกและไปต่อ

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
ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

ภูมิลำเนา
ศาสนา

ตัวอย่างใบสมัคร

ความสัมพันธ์ 1 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 1

ข้อมูลที่อยู่

ที่อยู่

ข้อมูลด้านการทำงาน

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

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)			

กรณีเคยผ่านการศึกษาหลักสูตรของสถาบันประปกเกล้า

หลักสูตร	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ

ตัวอย่างใบสมัคร

ข้อมูลสำหรับแพทย์

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ MD Card เลขที่

จบการศึกษาแพทยศาสตร์บัณฑิตจาก รุ่น / ปี พ.ศ /

ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

วุฒิที่ได้รับ (วว./อว.)	จากสถาบัน	ปีที่ได้ระบุ

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

ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม

ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม

จำนวนครั้งที่ท่านเคยสมัครเรียนปธพ.มาก่อนหน้านี้แล้ว

○ ครั้งแรก ○ ครั้งที่ 2 ○ ครั้งที่ 3 ○ ครั้งที่ 4 ○ ครั้งที่ 5 ○ ครั้งที่ 6

ผู้สมัครคิดว่าสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนางานในหน่วยงานของท่านอย่างไร

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความสนใจในการศึกษาการจัดทำเอกสารวิชาการในหัวข้อหรือประเด็นใด

อันดับ 1 เกี่ยวกับ
อันดับ 2 เกี่ยวกับ
อันดับ 3 เกี่ยวกับ

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ทางการแพทย์ในเรื่องใดที่จะสามารถแลกเปลี่ยนในกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้

ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สำคัญ *ตั้งแต่ไม่อยู่ระหว่างการศึกษา

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 พ.ศ.		บยป. รุ่นที่ พ.ศ.		ภูมิพลังแผ่นดิน. รุ่นที่	พ.ศ.
หลักสูตรระดับสูงอื่น ๆ โปรดระบุ					

ในโครงการนี้จะมีการทำกิจกรรมแพทย์อาสาเพื่อสังคมโดยออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 6 ร่วมกับแพทยสภา และมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ในเดือน พ.ค. 2561 ตามวัตถุประสงค์ข้อ 5
ท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทย์อาสาฯ ในด้านใดโดยสมัครใจ และต้องไม่เป็นการรบกวนสถานะนักศึกษามากเกินไป

ตัวอย่างใบสมัคร

กรณีแพทย์

- ☐ 1. . เคยร่วมออกหน่วยแพทย์อาสาของแพทยสภา ใน (โปรดระบุโครงการ)
- ☐ 2. ร่วมออกตรวจรักษา ผ่าตัดคนไข้ หรือ สอนแพทย์ในพื้นที่ จัดหน่วยแพทย์ร่วมทีมจากหน่วยงานในสังกัดตนเอง หรือสังกัดอื่น (โปรดระบุสาขา)
- ☐ 3. จัดหายาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ใช้ในโครงการฯ (โปรดระบุ)

กรณีบุคคลทั่วไป และแพทย์

- ☐ 4. จัดเรื่องประสานงาน organizer ในงานแพทย์อาสาฯ
- ☐ 5. เรื่องการจัดอาหาร เสื้อผ้า สวัสดิการ และดูแลประชาชน
- ☐ 6. เรื่องการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ และ สิ่งพิมพ์
- ☐ 7. จัดหน่วยบริการประชาชนอื่นๆ ร่วมทีม (จากหน่วยงานอื่นๆที่มิใช่แพทย์) (โปรดระบุ)
- ☐ 8. สามารถบริจาคสิ่งของร่วมในโครงการ (โปรดระบุ)
- ☐ 9. สามารถบริจาคงบประมาณร่วมโครงการ (โปรดระบุ)

บุคคลรับรองที่เกี่ยวเนื่องกับแพทยสภา หรือ ปธพ.รุ่น 1-5 (ถ้ามี) : *ระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน หมายเลขโทรศัพท์ โปรดให้กรอกใบรับรองผู้สมัครจากบุคคลอ้างอิงมาประกอบด้วย *ในหน้า 4-6 จำนวน 1-2 ท่าน (ถ้ามี)*

1.
2.
3.

เหตุผลที่ท่านต้องการสมัครเข้าศึกษาใน ปธพ.รุ่นที่ 6

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร	☐ อาหารทั่วไป	☐ อาหารฮาลาล (มุสลิม)	☐ อาหารเจ
	☐ อาหารมังสวิรัติ	☐ แพ้อาหารทะเล	☐ ไม่รับประทานเนื้อวัว
	☐ อื่นๆ โปรดระบุ		
การสูบบุหรี่	○ สูบบุหรี่	◉ ไม่สูบบุหรี่	
ไซส์เสื้อ Jacket		ไซส์เสื้อ Polo	ขนาดตัวเอว 0.00
ความสูง (ซ.ม.)	0.00	น้ำหนัก (ก.ก.) 0.00	

ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

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

   ○ ยินยอมให้ดำเนินการได้ ○ ไม่ยินยอม

2. **ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม**

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

   ☐ ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปธพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง พฤศจิกายน 2560- พฤษภาคม 2561 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปธพ. ***

ตัวอย่าง ใบสมัคร

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

ย้อนกลับ ส่งข้อมูล

ตัวอย่างใบสมัคร