

ใบสมัคร

ผู้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร ผู้นำยุคใหม่ในระบบบริการปฐมภูมิ

ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑

ณ โรงแรมมารวย การ์เด็น จังหวัดกรุงเทพมหานคร

.....

คำชี้แจง

๑. กรุณากรอกข้อมูลในใบสมัครให้ครบถ้วนทั้ง ๔ ส่วน ด้วยตัวบรรจง
๒. ดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบสมัครเพิ่มเติมได้ที่ <http://bps.moph.go.th> หัวข้อหลักสูตรฝึกอบรม
๓. กรุณาจัดส่งแบบฟอร์มใบสมัครที่ผ่านการอนุมัติจากหัวหน้าส่วนราชการ ทาง e-mail: strategic๒.bps@gmail.com ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑ ซึ่งสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้เข้ารับการอบรมได้ทาง <http://bps.moph.go.th> หัวข้อหลักสูตรฝึกอบรมผู้นำยุคใหม่ในระบบบริการปฐมภูมิ ในวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๑
๔. ผู้ได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรม ต้องจัดส่งสำเนาอนุมัติเดินทางมาราชการ/สำเนาอนุมัติให้เข้ารับการอบรมจากหัวหน้าส่วนราชการ ให้ผู้จัดในวันแรกของการเข้ารับการอบรม
๕. ประสานงานติดต่อได้ที่ โทร ๐ ๒๕๙๐ ๑๓๗๘ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๒๓๔๘

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้สมัคร

คำนำหน้า (ภาษาไทย) \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) \_\_\_\_\_

ชื่อเล่น \_\_\_\_\_

สัญชาติ \_\_\_\_\_

ศาสนา \_\_\_\_\_

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_

วัน/เดือน/ปีเกิด \_\_\_\_\_

อายุ \_\_\_\_\_

ปี \_\_\_\_\_

โรคประจำตัว \_\_\_\_\_

ที่อยู่ปัจจุบัน \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

โทรสาร \_\_\_\_\_

โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

อาหาร :  ทวีไป  อิสลาม  มังสวิรัติ  อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ส่วนที่ ๒ ประวัติการทำงาน

ตำแหน่งงานในปัจจุบัน \_\_\_\_\_

ระดับ \_\_\_\_\_

หน่วยงาน (กอง/สำนัก/กรม/กระทรวง/สสจ.) \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

โทรสาร \_\_\_\_\_

ลักษณะงานและความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิของผู้สมัคร

---

---

---

---

ประวัติการทำงานที่ผ่านมา

ปี พ.ศ.	ตำแหน่ง	หน่วยงาน

ส่วนที่ ๓ ประวัติการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน

ปี พ.ศ.	หลักสูตร	หน่วยงานที่จัดอบรม

ส่วนที่ ๔ คำรับรองผู้สมัคร

ข้าพเจ้ารับทราบ และยอมรับข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องของการฝึกอบรมหลักสูตรผู้นำยุคใหม่ในระบบบริการปฐมภูมิ ดังนี้

๑. กระทรวงสาธารณสุข สวชนสิทธิ์ในการพิจารณาคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรม ตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกบุคลากร เพื่อเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรผู้นำยุคใหม่ในระบบบริการปฐมภูมิ โดยให้อยู่ในดุลยพินิจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการ รพ.สต./หัวหน้าส่วนราชการ/ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ ในการพิจารณาคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรม

๒. ผู้เข้ารับการอบรมต้องสามารถเข้ารับการอบรมได้ตลอดหลักสูตร ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑ (เว้นวันหยุดราชการ) โดยมีเวลาเรียนไม่น้อยกว่า ๘๐% ของเวลาเรียนทั้งหมด จะได้รับวุฒิปัตริจากคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้ เป็นความจริงและครบถ้วน

ลายมือชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้สมัคร

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_

ส่วนที่ ๕ คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

หน่วยงาน \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

โทรสาร \_\_\_\_\_

ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ (ระบุชื่อผู้สมัคร) \_\_\_\_\_

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

สังกัด \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับหลักสูตร ผู้นำยุคใหม่ในระบบบริการปฐมภูมิแล้ว ข้าพเจ้ายินดี อนุญาตและสนับสนุนให้ผู้สมัคร เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตร ผู้นำยุคใหม่ในระบบบริการปฐมภูมิ ได้ตลอด ระยะเวลาตามที่กำหนดไว้

ลายมือชื่อ \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_