**ใบสมัครผู้เข้ารับการฝึกอบรม**

**Leadership Development and Strategic Planning (รุ่นที่ 4)**

**ระหว่างวันที่ 5 – 16 มีนาคม 2561**

**ณ โรงแรมไมด้า โฮเทล งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี**

…………………………………………..

**คำชี้แจง**

1. กรุณากรอกข้อมูลในใบสมัครให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

2. ดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบสมัครเพิ่มเติมได้ที่ http://bps.moph.go.th/new\_bps/ ในหัวข้อประชุม/ฝึกอบรม

3. กรุณาจัดส่งแบบฟอร์มใบสมัครที่ผ่านการอนุมัติจากหัวหน้าส่วนราชการ ทาง e-mail: anyimplement @gmail.com ภายในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2561 ซึ่งสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้เข้ารับการอบรมได้ ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2561 ทาง http://bps.moph.go.th/new\_bps/ ในหัวข้อประชุม/ฝึกอบรม

4. ผู้ได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรม ต้องจัดส่งสำเนาอนุมัติเดินทางมาราชการ/สำเนาอนุมัติให้เข้ารับการอบรมจากหัวหน้าส่วนราชการ ให้ผู้จัดในวันแรกของการเข้ารับการอบรม

5. ประสานงานติดต่อได้ที่ โทร 0 2590 1379 โทรสาร 0 2590 1380

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สมัคร**  **คำนำหน้า (ภาษาไทย)** | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย)** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **ชื่อเล่น** |  | | | | | | | **สัญชาติ** |  | | | | | **ศาสนา** |  |
| **เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน** | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **วัน/เดือน/ปีเกิด** | | | |  | | | | | | | **อายุ** | **ปี** | | | |
| **โรคประจำตัว** | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **ที่อยู่ปัจจุบัน** | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **โทรศัพท์** | |  | | | | | | | | | **โทรสาร** |  | | | |
| **โทรศัพท์มือถือ** | | |  | | | | | | | **E-mail:** | | |  | | |

**อาหาร :** ❑ ทั่วไป ❑ อิสลาม ❑ มังสวิรัติ ❑ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

**ส่วนที่ 2 ประวัติการทำงาน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตำแหน่งงานในปัจจุบัน** | | |  | | | **ระดับ** | |  |
| **หน่วยงาน (กอง/สำนัก/กรม/**  **สำนักงานเขต/สสจ./รพศ./รพท.)** | | | |  | | | | |
| **ที่อยู่** |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| **โทรศัพท์** | |  | | | **โทรสาร** | |  | |

**ลักษณะงานและความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนยุทธศาสตร์ของผู้สมัคร**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**ประวัติการทำงานที่ผ่านมา**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ปี พ.ศ. | ตำแหน่ง | หน่วยงาน |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ส่วนที่ 3 ประวัติการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ปี พ.ศ. | ตำแหน่ง | หน่วยงาน |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ส่วนที่ 4 คำรับรองผู้สมัคร**

ข้าพเจ้ารับทราบ และยอมรับข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องของการฝึกอบรมหลักสูตร Leadership Development and Strategic Planning (รุ่นที่ 4) ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข สงวนสิทธิ์ในการพิจารณาคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรม ตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกบุคลากร เพื่อเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร Leadership Development and Strategic Planning (รุ่นที่ 4) โดยให้อยู่ในดุลยพินิจของ ผอ.เขตสุขภาพ/ผอ.รพศ./ผอ.รพท./ผอ.สำนักฯ ใน สป. ในการพิจารณาคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรม

2. ผู้เข้ารับการอบรมต้องเข้ารับการอบรมได้ตลอดหลักสูตร ระหว่างวันที่ 5 – 16 มีนาคม 2561 (เว้นวันเสาร์ – อาทิตย์) โดยผู้มีเวลาเรียนไม่น้อยกว่า 80% ของเวลาเรียนทั้งหมด จะได้รับวุฒิบัตรจากคณะพาณิชยศาสตร์ และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้ เป็นความจริงและครบถ้วน

ลายมือชื่อ ผู้สมัคร

( )

วันที่

**ส่วนที่ 5 คำรับรองของผู้บังคับบัญชา**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ชื่อ-นามสกุล** | | |  | | | |
| **ตำแหน่ง** | | |  | | | |
| **หน่วยงาน** | | |  | | | |
| **โทรศัพท์** |  | | | | **โทรสาร** |  |
| **ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ (ระบุชื่อผู้สมัคร)** | | | |  | | |
| **ตำแหน่ง** | |  | | | | |
| **สังกัด** | |  | | | | |

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับหลักสูตร Leadership Development and Strategic Planning (รุ่นที่ 4) แล้วข้าพเจ้ายินดีอนุญาตและสนับสนุนให้ผู้สมัคร เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตร Leadership Development and Strategic Planning (รุ่นที่ 4) ได้ตลอดระยะเวลาตามที่กำหนดไว้

ลายมือชื่อ

( )

วันที่