**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