



รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว

ใบสมัครหลักสูตรการบริหารระดับสูงเชิงบูรณาการทางการแพทย์ (บสพ.) รุ่นที่ 5

ข้อมูลส่วนบุคคล

นาย นาง นางสาว คำนำหน้าอื่น (ไทยและอังกฤษ) ระบุ _____
 MR. MRS. MISS Other _____
ชื่อ _____ นามสกุล _____ ชื่อเล่น (ภาษาไทย) _____
First Name _____ Last Name _____ Nickname _____
เพศ ชาย หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี _____ เดือน ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก.

ที่อยู่บ้านปัจจุบัน (เพื่อใช้ในการติดต่อ)

ชื่ออาคาร/หมู่บ้าน _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____
ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____
จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
Mobile _____ Tel. _____ Fax _____
E-mail _____ Facebook _____
ID Line _____ Instagram _____

ข้อมูลการศึกษา (เพื่อใช้ในการจัดทำหนังสือรุ่น)

ระดับอุดมศึกษา	สาขาที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน	ประเทศ	ปี พ.ศ.
อนุปริญญา				
ปริญญาตรี				
ปริญญาโท				
ปริญญาเอก				
การศึกษาเพิ่มเติม				
หลักสูตรต่างๆ (เช่น หลักสูตรผู้บริหารระดับสูง)				
ประเทศที่เคยศึกษาดูงาน				

ข้อมูลการทำงาน (เพื่อใช้ในการจัดทำหนังสือรุ่น)

ชื่อบริษัท/หน่วยงาน ที่ท่านต้องการระบุในการสมัครหลักสูตรและออกใบเสร็จใบเงิน

ชื่อบริษัท/หน่วยงาน (ภาษาไทย) _____ ตำแหน่ง (ภาษาไทย) _____

ชื่อบริษัท/หน่วยงาน (ภาษาอังกฤษ) _____ ตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ) _____

ประเภทธุรกิจ/หน่วยงาน (เช่น ผลิตชิ้นส่วนรถยนต์) _____

ที่อยู่ ชื่ออาคาร/หมู่บ้าน _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____

ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 13 หลัก _____ Website _____

ผู้ประสานงาน/เลขานุการ _____ Mobile/Tel. _____

E-mail: _____ Fax _____

ประสบการณ์การทำงานทั้งหมด _____ ปี _____ เดือน

ธุรกิจครบวงจร _____ ปี _____ เดือน ธุรกิจส่วนตัว (ไม่ใช่ธุรกิจครบวงจร) _____ ปี

อื่นๆ (เช่น พนักงานบริษัทเอกชน) รัฐวิสาหกิจ รับราชการ _____ ปี

การจัดส่งเอกสาร จัดส่งตามที่อยู่หน่วยงาน จัดส่งตามที่อยู่บ้าน

กรุณากรอกรายละเอียดในส่วนนี้ให้ครบถ้วน

1. ความสนใจในหลักสูตร (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> ตรวจสอบสุขภาพขั้นพื้นฐาน | <input type="radio"/> แพคเกจสำหรับตรวจโรคต่างๆ | <input type="radio"/> แพคเกจสปา |
| <input type="radio"/> Digital Hospital | <input type="radio"/> นวัตกรรมเสริมความงาม | <input type="radio"/> ธุรกิจยารักษาโรค |
| <input type="radio"/> การออกกำลังกาย | <input type="radio"/> การรักษาแบบธรรมชาติบำบัด | <input type="radio"/> การแพทย์เพื่อผู้สูงอายุ |
| <input type="radio"/> การก่อตั้งและบริหารจัดการธุรกิจทางการแพทย์ | <input type="radio"/> การพัฒนาอสังหาริมทรัพย์กับธุรกิจผู้เกษียณและสูงอายุ | |
| <input type="radio"/> การจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ | <input type="radio"/> อื่นๆ _____ | |

2. หากได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตร มีความประสงค์สนับสนุนการทำงานของหลักสูตรดังนี้

(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> ร่วมกิจกรรมพัฒนาสังคมของหลักสูตร | <input type="radio"/> จัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ ในการร่วมกิจกรรมหลักสูตร | |
| <input type="radio"/> จัดอาหาร ของว่าง | <input type="radio"/> ร่วมจัดกลุ่มบริการ | <input type="radio"/> ออกแพคเกจสนับสนุนกลุ่ม |
| <input type="radio"/> ประสานงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ | <input type="radio"/> ประชาสัมพันธ์ทางสื่อและสิ่งพิมพ์ประเภทต่างๆ | |

3. การรับประทานอาหาร (เพื่อจัดประเภทอาหารให้เหมาะสมกับท่าน)

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> อาหารทั่วไป (ไม่มีข้อจำกัด) | <input type="radio"/> ไม่รับประทานอาหารเนื้อวัว | <input type="radio"/> แพ้อาหารทะเล |
| <input type="radio"/> อาหารเจ | <input type="radio"/> อาหารมังสวิรัติ | <input type="radio"/> อาหารฮาลาล |
| <input type="radio"/> อื่นๆ (โปรดระบุ) _____ | | |

4. เลือกลงชื่อ ขนาด: ครอบ (นิ้ว)

- 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52

5. อื่นๆ

ประเทศที่ต้องการดูงาน.....ประเภท.....

วิทยาการที่ต้องการรับฟัง.....

ผู้แนะนำให้สมัครหลักสูตร.....

ขอรับรองความถูกต้องของข้อมูลข้างต้น

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

หลักฐานประกอบการสมัคร

1. แบบฟอร์มใบสมัครที่ผู้สมัครกรอกข้อมูลครบถ้วนชัดเจน
2. รูปถ่ายสีหน้าตรง ขนาด 2 นิ้ว ถ่ายไว้ไม่เกิน 3 เดือน
3. สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ
4. สำเนาทะเบียนบ้าน
5. สำเนาปริญญาบัตร
6. กรณีเจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน โปรดแนบสำเนาหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท

การรับสมัคร

กรอกใบสมัครให้ครบถ้วน และส่ง Email ใบสมัคร พร้อมสแกนไฟล์เอกสารประกอบการสมัคร มาที่ : emmpcicm@gmail.com

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม

รองผู้อำนวยการหลักสูตร ดร.บุษรา วงศ์รักศักดิ์ โทร.095-464-2345

ผู้จัดการการอบรม อ.สุชาติา กิจรุ่งสุวรรณ โทร.096-064-2914

วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อาคารเรียนและปฏิบัติการรวม ชั้น 10 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

เลขที่ 99 หมู่ 18 ถนน พหลโยธิน ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอ คลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี 12120