



รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว

## ใบสมัครหลักสูตรการบริหารระดับสูงเชิงบูรณาการทางการแพทย์(บสพ. Medical Hub Version;บสพ.รุ่น 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 ดร.สุชาดา กิจรุ่งสุวรรณ โทร.096-064-2914