



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง



เริ่มกรอกข้อมูลใบสมัคร

ไปที่ข้อมูลที่เคยบันทึก

ใบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 ปีการศึกษา พ.ศ. 2567

ใบสมัครประกอบด้วยเอกสาร 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 รายละเอียดการรับสมัคร
- ส่วนที่ 2 การรับสมัคร
- ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองจากหัวหน้าหน่วยงาน (สำหรับผู้สมัครที่ต้องขออนุมัติต้นสังกัดเพื่อเข้าอบรม)
- ส่วนที่ 4 หนังสือรับรอง (สำหรับผู้สมัครจากภาคเอกชนที่ไม่ต้องขออนุมัติต้นสังกัดหรือเป็นผู้บริหารสูงสุดขององค์กร-เจ้าของกิจการ) ผู้สมัครจะต้องให้บุคคลอื่นเป็นผู้รับรอง

หลักฐานประกอบการสมัคร

- แบบฟอร์มใบสมัครที่ผู้สมัครดำเนินการกรอกใบสมัครออนไลน์
- รูปถ่ายสีหน้าตรง ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 2 เดือน (แนบไฟล์ในขั้นตอนที่ 4)
- สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

กรณีเอกชน

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ข้อมูงหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน ไปรษณียบัตร สร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

การรับสมัคร

- สมัครออนไลน์ระหว่างวันที่ **1 - 30 กันยายน 2567** เท่านั้น
- ในการสมัคร เมื่อผู้สมัครหรือตัวแทนผู้สมัครดำเนินการกรอกใบสมัครออนไลน์ ผู้สมัครต้องดำเนินการแนบเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาคัดเลือก
- ในการสมัคร ผู้สมัครหรือตัวแทนของผู้สมัครต้องนำส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วน และแนบหลักฐานการสมัครครบถ้วนตามที่กำหนด โดยสามารถยื่นใบสมัครได้ที่ (1) ไซต์ของสถาบันมหิตลาธิเบศร ทั้งนี้ สถาบันมหิตลาธิเบศร จะไม่รับใบสมัครที่มีหลักฐานไม่ครบตามที่กำหนด ไม่รับใบสมัครทางโทรสาร (Fax) หรือ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Email)

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่

สถาบันมหิตลาธิเบศร อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 9 เลขที่ 88/19 ซอยสาทรารงเสข 8 กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 อีเมล : mtbggm@gmail.com เบอร์โทร : 0-2591-0049, 081-090-9000

- คุณสิริภพ ยุวษุต หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
คุณพรพรรณ รังคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
คุณฉันทพร ศรีเคลือบ หมายเลขโทรศัพท์ 062-001-1554
คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษาศึกษา

การสมัครเข้ารับการคัดเลือก ผู้สมัครต้องศึกษารายละเอียดคุณสมบัติประเภทต่างๆ ในประกาศ สถาบันมหิตลาธิเบศร เรื่องคุณสมบัติและการคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษาศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาล ทางการศึกษาเพื่อผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 ซึ่งกำหนดว่าบุคคลที่สามารถสมัครเข้ารับการศึกษาศึกษามบรมในหลักสูตรได้ จะต้องเป็นผู้บริหารในสายวิชาชีพหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ หรือผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป **มีอายุไม่ต่ำกว่า 48 ปี** (นับจนถึงวันหมดเขตรับสมัคร) โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. สมาชิกสภาผู้ราษฎร สมาชิกวุฒิสภา ข้าราชการการเมือง (ซึ่งได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง) และข้าราชการรัฐสภาฝ่ายการเมือง (ซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายรัฐสภา)
2. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้ (ข้าราชการระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่าเดิม)
 - ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทบริหารระดับต้นขึ้นไป
 - ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับสูง
 - ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป
3. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือ ผู้ดำรงตำแหน่งอื่นที่ปฏิบัติราชการเช่นเดียวกับประเภทอำนวยการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี (ข้าราชการระดับ 8 เทียบเท่าตำแหน่งผู้อำนวยการกองเดิม)
4. เจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรมหาชน หรือข้าราชการเจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งดำรงตำแหน่งระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ดำรงตำแหน่งระดับ 10 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(เฉพาะองค์การบริหารส่วนจังหวัด/เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง) ในตำแหน่งนายก หรือปลัด
5. นายทหารหรือนายตำรวจที่มีชั้นยศ อัถราเงินเดือน พันเอก นาวาเอก นาวาอากาศเอก หรือพันตำรวจเอกขึ้นไป ต้องดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารหน่วยงาน หรือองค์กร
6. แพทย์ผู้บริหารจากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน ข้าราชการพลเรือน หรือพนักงาน ในสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งดำรงตำแหน่งอธิการบดี รองอธิการบดี คณบดี หรือดำรงตำแหน่งบริหารของคณะแพทยศาสตร์
7. แพทย์ผู้บริหารในภาคเอกชน มีความรู้ ความสามารถ และเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง
8. แพทย์ผู้บริหารในภายใต้หน่วยงานกรุงเทพมหานคร และภายใต้หน่วยงานรัฐอื่น ซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง
9. ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรพัฒนาเอกชน ผู้ประกอบกิจการ ผู้บริหารระดับสูงของวิสาหกิจภาค องค์กร และสื่อมวลชน **มีอายุไม่ต่ำกว่า 48 ปี และอายุไม่เกิน 65 ปี** (นับจนถึงวันหมดเขตรับสมัคร)
10. เป็นบุคลากรที่คณะกรรมการหลักสูตรมีมติเห็นสมควรให้เข้ารับการศึกษามบรม เนื่องจากเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรืองานสาธารณสุข

ทั้งนี้คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ จะพิจารณาคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษามบรม **โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 6 ประเภท** ดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากกระทรวงสาธารณสุข (ตามคุณสมบัติข้อ 2 และ ข้อ 3)

ประเภทที่ 2 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 6)

ประเภทที่ 3 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากทหาร ตำรวจ กทม. และองค์กรของรัฐอื่นๆ (ตามคุณสมบัติข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 5 และ ข้อ 8)

ประเภทที่ 4 ผู้บริหารทางการแพทย์ ของสถานพยาบาลภาคเอกชน หรือองค์กรเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 7)

ประเภทที่ 5 ผู้บริหารหรือผู้มีประสบการณ์บริหารในภาครัฐอื่นที่เกี่ยวเนื่องกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข (ไม่ใช่แพทย์) ผู้บริหารในกระบวนการนิติบัญญัติ ผู้บริหารสภาวิชาชีพสุขภาพต่างๆ ผู้บริหารในกระบวนการยุติธรรม ผู้บริหารในกระบวนการคุ้มครองประชาชน ผู้บริหารในกระบวนการสื่อสารสาธารณะ ผู้บริหารการเงินการคลังระดับประเทศ ผู้บริหารในองค์กรของรัฐอื่น ๆ และผู้บริหารจากหน่วยงานที่ได้รับเชิญจากแพทยสภา (ตามคุณสมบัติข้อ 1, ข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 5, และ ข้อ 10)

ประเภทที่ 6 ผู้บริหารจากองค์กรและหน่วยงานในภาคเอกชน(Non-Med) ที่เกี่ยวเนื่องกับระบบการแพทย์และสาธารณสุขทั้งทางตรงและทางอ้อม (ตามคุณสมบัติ ข้อ 9) โดยมีอายุไม่เกิน 65 ปี (นับจนถึงวันรับสมัคร)

หมายเหตุ

ผู้สมัครจะต้องไม่เป็นนักศึกษา ในหลักสูตรที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกัน กับการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เคยถูกลงโทษทางจริยธรรมในระดับพักใช้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือเพิกถอนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ดำเนินการต่อ



หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง

เอกสารแสดงความยินยอม

การสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรของสถาบันมหิตลาธิเบศร สถาบันจะขออนุญาตจัดเก็บ ใช้ และประมวลผล ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อประโยชน์ ในการให้บริการการศึกษา การอบรม/สัมมนา การวิจัย การให้บริการ ตลอดจนการสนับสนุนงานตามพันธกิจของสถาบัน โดยจัดให้มีระบบจัดเก็บข้อมูลที่ปลอดภัย ซึ่งดูแลรับผิดชอบ โดยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเป็นกรณีเฉพาะ และจะใช้ข้อมูลส่วนบุคคลตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้เท่านั้น

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ขอความกรุณาอ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงข้อมูล หรือได้รับคำอธิบายจากสถาบันมหิตลาธิเบศร ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย ("ประมวลผล") ข้อมูลส่วนบุคคล จนมีความเข้าใจดีแล้ว ท่านให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือขู่ขัง และท่านสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาณระหว่างท่านกับสถาบันมหิตลาธิเบศร ที่ไม่พร้อมจะแก้ท่านอยู่

กรณีที่ท่านประสงค์จะขอถอนความยินยอม จะมีผลทำให้ ท่านอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง หรือ ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายในกิจกรรมของหลักสูตร และการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม ท่านยินยอมหรือไม่

ยินยอม ไม่ยินยอม

ตกลง



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปผู้สมัคร

คำนำหน้า * นาย นาง นางสาว นายแพทย์ แพทย์หญิง อื่นๆ

ชื่อ * นามสกุล *

ชื่อเล่น

คำนำหน้า (อังกฤษ) * Mr. Mrs. Ms. Other

ชื่อ (อังกฤษ) * นามสกุล (อังกฤษ) *

บัตรประชาชนเลขที่ *

วันที่ออกบัตร * วันหมดอายุ *

สถานที่ออกบัตร *

บัตรข้าราชการ/ เจ้า
หน้าที่ของรัฐ/
รัฐวิสาหกิจ เลขที่
สถานที่ออกบัตร วันหมดอายุ

วันเกิด * ภูมิลำเนา *

สัญชาติ * ศาสนา *

รูปถ่ายสี
(ขนาด 2 นิ้ว) * No file chosen ** ประเภทไฟล์ .jpg, .jpeg, .png, .bmp เป็นต้น ขนาดไม่เกิน 2 MB ถ่ายไว้ไม่เกิน 3 เดือน

ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ใน
กรณีฉุกเฉิน *

ความสัมพันธ์ * หมายเลขโทรศัพท์
ติดต่อ *

ข้อมูลที่อยู่

เลขที่

หมู่ที่

ซอย

ถนน

จังหวัด *

เขต/อำเภอ *

แขวง/ตำบล *

รหัสไปรษณีย์ *

โทรศัพท์ *

มือถือ *

โทรสาร

อีเมล *

Facebook

Line ID

(กรณการใช้ Email ของผู้สมัครเท่านั้น)

ข้อมูลการล็อกอินเข้าระบบ

ชื่อผู้ใช้

รหัสผ่าน *

ยืนยันรหัสผ่าน *

Note: 1. * = บังคับกรอกข้อมูล

- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณสิรภพ ยวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณเพชรพรณ รั้งคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2829
 - คุณอัมพร ศรีเคลือบ หมายเลขโทรศัพท์ 062-001-1554
 - คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-976-6900

[คลิกบันทึกและไปต่อ](#)



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 2 : ข้อมูลการทำงานและการศึกษา

ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่ง (ภาษาไทย) *	
สังกัด: ฝ่าย/กอง/สำนัก (ภาษาไทย)	
หน่วยงาน/องค์กร/ กระทรวง (ภาษาไทย) *	
ตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ) *	
สังกัด: ฝ่าย/กอง/สำนัก (ภาษาอังกฤษ)	
หน่วยงาน/องค์กร/ กระทรวง (ภาษาอังกฤษ) *	
ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา	
โปรดระบุ (ในกรณีส่งหนังสือราชการ)	
ที่อยู่ทำงาน เลขที่	หมู่ที่
ซอย	ถนน
จังหวัด *	เขต/อำเภอ *
แขวง/ตำบล *	รหัสไปรษณีย์ *
โทรศัพท์ *	โทรสาร
อีเมล	

ข้อมูลเลขานการ

คำนำหน้า	<input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว <input type="radio"/> นายแพทย์ <input type="radio"/> แพทย์หญิง <input type="radio"/> อื่น ๆ
ชื่อ	นามสกุล
โทรศัพท์	โทรสาร
อีเมล	มือถือ

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติ

คุณสมบัติข้อที่ *

 [เลือกหัวข้อคุณสมบัติ](#)

ประเภทที่ *

-- โปรดเลือกประเภทที่สมัคร --

ข้อมูลด้านการศึกษา

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ	สถาบันการศึกษา	ปี พ.ศ.
มัธยมศึกษา			
ปริญญาตรี			
ปริญญาโท			
ปริญญาเอก			
อื่น ๆ (โปรดระบุ)			

กรณีเคยผ่านการศึกษาลำดับสุดท้ายของสถาบันประเภทอื่น โปรดระบุโดยละเอียด

หลักสูตร [เพิ่มรายการ]	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ	ลบ
			X
			X
			X

ข้อมูลสำหรับแพทย์กรอก

ใบประกอบวิชาชีพ เวชกรรมเลขที่		MD Card เลขที่	
จบการศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต จาก		รุ่น / ปี พ.ศ.	/

ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

วุฒิที่ได้รับ (วว./อว.) [เพิ่มรายการ]	จากสถาบัน	ปีที่ได้รับ	ลบ
			X
			X
			X

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

(ได้แก่ คณะกรรมการ, อนุกรรมการของแพทยสภา, กรรมการราชวิทยาลัย 15 แห่ง, ศรว. ศนพ. สจพ. และอดีตกรรมการ)

ตำแหน่ง [เพิ่มรายการ]	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม	ลบ
			X
			X
			X

- Note: 1. * = บังคับกรอกข้อมูล
2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
- คุณเสิร์ภ ยวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณเพชรธรณ ริงคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
 - คุณอัมพร ศรีเคลือบ หมายเลขโทรศัพท์ 062-001-1554
 - คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

[ย้อนกลับ](#)

[บันทึกและไปต่อ](#)

ตัวอย่างใบสมัคร



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 3 : ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม

จำนวนครั้งที่ท่านเคยสมัครเรียนปศพ.มาก่อนหน้านี้แล้ว

ครั้งแรก ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 ครั้งที่ 5 ครั้งที่ 6 ครั้งที่ 7 มากกว่า 7 ครั้ง

ผู้สมัครคิดว่าสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

แนบเอกสารเพิ่มเติม No file chosen ** ประเภทไฟล์ .pdf, .doc, .docx, .xls, .xlsx, .zip, .rar เป็นต้น ขนาดไม่เกิน 2 MB

*ท่านสามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมหากมีข้อความเกินเนื้อที่ที่กำหนดให้

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความสนใจในการศึกษาการจัดหาเอกสารวิชาการในหัวข้อหรือประเด็นใด

อันดับ 1 เกี่ยวกับ [เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ](#)

อันดับ 2 เกี่ยวกับ [เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ](#)

อันดับ 3 เกี่ยวกับ [เลือกหัวข้อเอกสารวิชาการ](#)

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ทางการแพทย์ในเรื่องใดที่จะสามารถแลกเปลี่ยนในกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้

แนบเอกสารเพิ่มเติม No file chosen ** ประเภทไฟล์ .pdf, .doc, .docx, .xls, .xlsx, .zip, .rar เป็นต้น ขนาดไม่เกิน 2 MB

ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สำคัญ (* ต้องไม่อยู่ระหว่างการศึกษา)

ปปร. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>	วปอ. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>	บยส. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>
ปรม. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>	สสสส. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>	วตท. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>
วพน. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>	พตส. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>	TepCot รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>
ปศส. <input type="text"/>	รุ่นที่ <input type="text"/>	บยป. <input type="text"/>	รุ่นที่ <input type="text"/>	ภูมิพลังแผ่นดิน. รุ่นที่ <input type="text"/>	พ.ศ. <input type="text"/>
	พ.ศ. <input type="text"/>		พ.ศ. <input type="text"/>		
หลักสูตรระดับสูงอื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>					

ในโครงการนี้จะมีการทำกิจกรรมแพทยอาสาเพื่อสังคมโดยออกหน่วยแพทยอาสาเฉพาะทาง เฉลิมพระเกียรติฯ ร่วมกับมูลนิธิธรรมภิบาล
ทางการแพทย์ และ แพทยสภา ในเดือน พ.ศ. 2568
หากท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทยอาสา ในด้านใดโดยสมัครใจ โปรดให้รายละเอียด

1. เคยร่วมออกหน่วยแพทยอาสาของแพทยสภา ใน (โปรดระบุโครงการ)

2. ร่วมออกตรวจรักษา ผ่าตัดคนไข้ หรือ สอนแพทย์ในพื้นที่ จัดหน่วยแพทย์ร่วมทีมจากหน่วยงานในสังกัดตนเอง หรือสังกัดอื่น (โปรดระบุสาขา)

3. จัดหายาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ไข้ในโครงการฯ (โปรดระบุ)

กรณีบุคคลทั่วไป และแพทย์

4. จัดเรื่องประสานงาน organizer ในงานแพทยอาสาฯ
 5. เรื่องการจัดอาหาร เสื้อผ้า สวัสดิการ และดูแลประชาชน
 6. เรื่องการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ และ สิ่งพิมพ์
 7. จัดหน่วยบริการประชาชนอื่นๆ ร่วมทีม (จากหน่วยงานอื่นๆที่มีในแพทย์) (โปรดระบุ)

8. ประสงค์บริจาคสิ่งของให้โรงพยาบาลหรือประชาชนรวมในโครงการ (โปรดระบุ)

9. ความสามารถ/ความถนัดพิเศษ ที่อาจเอื้อต่อการจัดกิจกรรมฯ ของหลักสูตรฯ (โปรดระบุ)

บุคคลรับรองที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแพทยสภา หรือ ปธพ.รุ่น 1-10 (ถ้ามี) : ระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน หมายเลขโทรศัพท์ โปรดให้กรอกใบรับรองผู้
สมัครจากบุคคลอ้างอิงมาประกอบด้วย *ในหน้า 4-6 จำนวน 1-2 ท่าน (ถ้ามี)

1.
2.
3.

เหตุผลที่ท่านต้องการสมัครเข้าศึกษาใน ปธพ.รุ่นที่ 11

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร อาหารทั่วไป อาหารฮาลาล (มุสลิม) อาหารเจ อาหารมังสวิรัต
 แพ้อาหารทะเล ไม่รับประทานอาหารเนื้อวัว อื่นๆ โปรดระบุ

การสูบบุหรี่ สูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่

ไซส์เสื้อ Jacket -- โปรดเลือก --

ไซส์เสื้อ Polo -- โปรดเลือก --

ขนาดรอบเอว

ความสูง (ซ.ม.)

น้ำหนัก (ก.ก.)

Note: 1. * = บังคับกรอกข้อมูล

2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
- คุณเสีรภพ ยวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณเพชรวรรณ รั้งคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
 - คุณเอ็มพร ศรีเคลือบ หมายเลขโทรศัพท์ 062-001-1554
 - คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

[ย้อนกลับ](#)

[บันทึกและไปต่อ](#)

ตัวอย่างใบสมัคร



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 4 : ขอดกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

หนังสือให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล

1. เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ไว้ ณ ที่นี้ว่า เอกสารนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า อันเป็นการแจ้งตัวของข้าพเจ้าที่อยู่ในครอบครองของสถาบันพระปกเกล้า ในกรณีที่มีผู้อื่นมาขอตรวจสอบ หรือขอคัดสำเนา เอกสารดังกล่าว ข้าพเจ้า *

ยินยอม ให้ดำเนินการได้ ไม่ยินยอม

2. ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน

เนื่องจากการเรียนการสอนในหลักสูตรจะใช้เวลาเรียนประมาณ 9 เดือน โดยเรียน สัปดาห์ละ 1 ถึง 2 วัน (ทุกวันศุกร์และบางเสาร์) ระหว่างเวลา 09.00 – 16.30 น. ยกเว้น (กรณีศึกษาไปมาต่างจังหวัดและต่างประเทศ) ณ อาคารมหิตลาธิเบศร กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี หรือสถานที่ที่สถาบันฯ กำหนด ในกรณีที่มีการศึกษาดูงานและกิจกรรมการเรียนรู้พิเศษนอกสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งจะแจ้งล่วงหน้า ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมารวมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันฯ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด) *

ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปธพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง พฤศจิกายน 2567 - สิงหาคม 2568 ข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วมฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่ระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปธพ. 11

3. หนังสือรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน ([ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง](#)) *

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)

4. หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร ([ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง](#)) *

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)

5. สำเนาบัตรประชาชน *

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)

สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

6. สำเนาทะเบียนบ้าน *

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)

7. สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า *

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)

8. กรณีเอกชน

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB

9. ยินยอมให้สถาบันพระปกเกล้าตรวจสอบสถานะความเป็นผู้กู้ยืมเงินกองทุน สถานะการชำระเงินคืนกองทุน จากกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา ([ดาวน์โหลดแบบฟอร์มหนังสือให้ความยินยอม ใบปกสเปิดเผยข้อมูล](#)) *

No file chosen ** ขนาดไม่เกิน 5 MB [รายละเอียดเอกสารแนบ](#)

หมายเหตุ ประเภทไฟล์อัปโหลดที่รองรับประกอบด้วย jpg, jpeg, png, bmp, pdf, doc, docx, xls, xlsx, .zip, .rar เป็นต้น

Note: 1. * = บังคับกรอกข้อมูล

2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
- คุณเสีรภาพ ยุวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณเพชรรัตน์ รั้งคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
 - คุณอัมพร ศรีเคลือบ หมายเลขโทรศัพท์ 062-001-1554
 - คุณวีระยุทธ รัตนใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 5 : ยืนยันข้อมูล

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)	นายลองระบบ ทดสอบ	
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	Mr.Long Test	
บัตรประชาชนเลขที่	1539900105181 (วันที่ออกบัตร 15/08/2561 วันหมดอายุ 17/08/2570)	
สถานที่ออกบัตร	อำเภอ	
บัตรข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ เลขที่	(วันหมดอายุ)	
สถานที่ออกบัตร		
วันเกิด	21/08/2509	
สัญชาติ	ไทย	
ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ในกรณี ฉุกเฉิน	นาย	
ความสัมพันธ์	คนเคยรู้จักกัน	

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 0896418923

ข้อมูลที่อยู่

ที่อยู่

ข้อมูลด้านการหางาน

ตำแหน่ง
สังกัด: ฝ่าย/กอง/สำนัก
หน่วยงาน/องค์กร/กระทรวง
ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา
ที่อยู่ทำงาน

เลขานุการ

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติ

คุณสมบัติข้อที่ 1 (1-10) ประเภทที่ 1 (1-6)

ข้อมูลด้านการศึกษา

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ	สถาบันการศึกษา	ปี พ.ศ.
มัธยมศึกษา			
ปริญญาตรี			
ปริญญาโท			
ปริญญาเอก			
อื่น ๆ (โปรดระบุ)			

กรณีเคยผ่านการศึกษาลัทธิของสถาบันประปกเกล้า

หลักสูตร	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ

ข้อมูลสำหรับแพทย์

ใบประกอบวิชาชีพ
เวชกรรมเลขที่
จบการศึกษา
แพทยศาสตร์บัณฑิต
จาก

MD Card เลขที่

รุ่น / ปี พ.ศ /

ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

วุฒิที่ได้รับ (วว./อว.)	จากสถาบัน	ปีที่ได้ระบุ

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

(ได้แก่ คณะกรรมการ, อนุกรรมการของแพทยสภา, กรรมการราชวิทยาลัย 15 แห่ง, ศร. ศนพ. สจพ. และอดีตกรรมการ)

ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม

ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม

จำนวนครั้งที่ท่านเคยสมัครเรียนปพ.มาก่อนหน้านี้แล้ว

- ครั้งแรก ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 ครั้งที่ 5 ครั้งที่ 6 ครั้งที่ 7 มากกว่า 7 ครั้ง

ผู้สมัครคิดว่าสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความสนใจในการศึกษาการจัดทำเอกสารวิชาการในหัวข้อหรือประเด็นใด

อันดับ 1 เกี่ยวกับ

อันดับ 2 เกี่ยวกับ

อันดับ 3 เกี่ยวกับ

หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตร ท่านมีความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ทางการแพทย์ในเรื่องใดที่จะสามารถแลกเปลี่ยนในกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้

ท่านเคยผ่านหลักสูตรบริหารระดับสูงอื่นๆ ที่สำคัญ *ต้องไม่อยู่ระหว่างการศึกษา

ปปร. รุ่นที่	พ.ศ.	วปอ. รุ่นที่	พ.ศ.	บยส. รุ่นที่	พ.ศ.
ปรม. รุ่นที่	พ.ศ.	สสส. รุ่นที่	พ.ศ.	วชช. รุ่นที่	พ.ศ.
ปศส.	รุ่นที่	บยป.	รุ่นที่	ภูมิพลังแผ่นดิน. รุ่นที่	พ.ศ.
	พ.ศ.		พ.ศ.		
หลักสูตรระดับสูงอื่น ๆ โปรดระบุ					

ในโครงการนี้จะมีการทำกิจกรรมแพทย์อาสาเพื่อสังคมโดยออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ร่วมกับมูลนิธิธรรมภิบาลทางการแพทย์ และ แพทยสภา ในเดือน 2568

หากท่านสามารถสนับสนุนกิจกรรมแพทย์อาสาฯ ในด้านใดโดยสมัครใจ โปรดให้รายละเอียด

กรณีแพทย์

- 1. เคยร่วมออกหน่วยแพทย์อาสาของแพทยสภา ใน (โปรดระบุโครงการ)
- 2. ร่วมออกตรวจรักษา ผ่าตัดคนไข้ หรือ สอนแพทย์ในพื้นที่ จัดหน่วยแพทย์ร่วมทีมจากหน่วยงานในสังกัดตนเอง หรือ สังกัดอื่น (โปรดระบุสาขา)
- 3. จัดหาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ใช้ในโครงการฯ (โปรดระบุ)

กรณีบุคคลทั่วไป และแพทย์

- 4. จัดเรื่องประสานงาน organizer ในงานแพทย์อาสา
- 5. เรื่องการจัดอาหาร เสื้อผ้า สวัสดิการ และดูแลประชาชน
- 6. เรื่องการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ และ สิ่งพิมพ์
- 7. จัดหน่วยบริการประชาชนอื่นๆ ร่วมทีม (จากหน่วยงานอื่นๆที่มีใช้แพทย์) (โปรดระบุ)
- 8. ประสงค์บริจาคสิ่งของให้โรงพยาบาลหรือประชาชนร่วมในโครงการ (โปรดระบุ)
- 9. ความสามารถ/ความถนัดพิเศษ ที่อาจเอื้อต่อการจัดกิจกรรมฯ ของหลักสูตรฯ (โปรดระบุ)

บุคคลรับรองที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา หรือ ปพ.รุ่น 1-10 (ถ้ามี) : ระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน หมายเลขโทรศัพท์ โปรดให้กรอกใบรับรองผู้สมัครจากบุคคลอ้างอิงมาประกอบด้วย *ในหน้า 4-6 จำนวน 1-2 ท่าน (ถ้ามี)

- 1.
- 2.
- 3.

เหตุผลที่ท่านต้องการสมัครเข้าศึกษาใน ปธพ.รุ่นที่ 11

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/> อาหารทั่วไป	<input type="checkbox"/> อาหารฮาลาล (มุสลิม)	<input type="checkbox"/> อาหารเจ
	<input type="checkbox"/> อาหารมังสวิรัติ	<input type="checkbox"/> แพ้อาหารทะเล	<input type="checkbox"/> ไม่รับประทานอาหารเนื้อวัว
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ		
การสูบบุหรี่	<input type="radio"/> สูบบุหรี่	<input checked="" type="radio"/> ไม่สูบบุหรี่	
ไซส์เสื้อ Jacket		ไซส์เสื้อ Polo	ขนาดรอบเอว 0.00
ความสูง (ซ.ม.)	0.00	น้ำหนัก (ก.ก.)	0.00

ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

- เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540** ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ไว้ ณ ที่นี้ว่า เอกสารนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า อันเป็นการบ่งชี้ตัวของข้าพเจ้าที่อยู่ในครอบครองของสถาบันพระปกเกล้า ในกรณีที่มิใช่อื่นมาขอตรวจสอบ หรือขอคัดสำเนาเอกสารดังกล่าว ข้าพเจ้า
 ยินยอม ให้ดำเนินการได้ ไม่ยินยอม
- ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน**
เนื่องจากหลักสูตรนี้ เรียนมากกว่า หลักสูตรทั่วไป คือใช้เวลาการเรียน อาทิตย์ละ 2 วันคือวันศุกร์ และ วันเสาร์เต็มวันเป็นเวลา 7 เดือน และมีกิจกรรมสัมพันธสัมพันธ์กันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด)
 ข้าพเจ้ารับรองว่า หากไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปธพ. ตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง พฤศจิกายน 2563 - สิงหาคม 2564 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับฟังการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และคงยังเป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปธพ. ***
- หนังสือรับรองของหน่วยงาน**
- หนังสือรับรอง กรณีใดกรณีหนึ่งเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุด ในองค์กร**
- ใบรับรองผู้สมัคร ส่วนของสถาบันส่งเสริมจริยธรรม แพทยสภา**
- สำเนาบัตรประชาชน**
สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ
- สำเนาทะเบียนบ้าน**
- สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า**
- กรณีเอกชน**
 - เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
 - ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย
- ยินยอมให้สถาบันพระปกเกล้าตรวจสอบสถานะความเป็นผู้กู้ยืมเงินกองทุน สถานะการชำระเงินคืนกองทุน จากกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา**

Note: 1. * = บังคับกรอกข้อมูล

- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณเสีรภพ ยุวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณเพชรวรรณ รั้งคเสนี หมายเลขโทรศัพท์ 091-886-2629
 - คุณเอ็มพร ศรีเคลือบ หมายเลขโทรศัพท์ 062-001-1554
 - คุณวีระยุทธ รันใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-6900

⏪ ย้อนกลับ

⏩ บันทึกและไปต่อ

หมายเหตุ : กรุณาตรวจสอบข้อมูลและเอกสารแนบของท่านให้ถูกต้องก่อน กดส่งข้อมูล (กรณีที่ท่านกดส่งข้อมูลไปแล้วจะไม่สามารถกลับมาแก้ไขได้อีกครั้ง)