



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ (ปดพ.1)

รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568



หลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

เริ่มกรอกข้อมูลใบสมัคร

ไปเพื่อข้อมูลที่เคยบันทึก

รายละเอียดการสมัครเข้ารับการศึกษา

ใบสมัครประกอบด้วยเอกสาร 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 รายละเอียดการรับสมัคร
- ส่วนที่ 2 การรับสมัคร
- ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองจากหัวหน้าหน่วยงาน (สำหรับผู้สมัครที่ต้องขออนุมัติขั้นบังคับเพื่อเข้าอบรม)
- ส่วนที่ 4 หนังสือรับรอง (กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดขององค์กร)

หลักฐานประกอบการสมัคร

- แบบฟอร์มใบสมัครที่ผู้สมัครดำเนินการกรอกใบสมัครออนไลน์
- รูปถ่ายสีหน้าตรง ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 3 เดือน
- สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ/พนักงานของรัฐ หรือรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
กรณีเอกสาร
๑. เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท

- สมัครออนไลน์ ตั้งแต่วันที่ – 20 สิงหาคม 2568
- ในการสมัคร เมื่อผู้สมัครหรือตัวแทนผู้สมัครดำเนินการกรอกใบสมัครออนไลน์ และแนบเอกสารประกอบการสมัครไว้ครบถ้วน ตามที่กำหนดผ่านระบบออนไลน์ที่เว็บไซต์สถาบันเทคโนโลยีการสัตวแพทย์ (กยศ.) เพื่อไปประกอบการพิจารณาคัดเลือก
- ทั้งนี้ ผู้สมัครไม่ต้องยื่นเอกสารใบสมัครมาที่สถาบันเทคโนโลยีการสัตวแพทย์ และสถาบันฯ จะไม่รับใบสมัครที่มีหลักฐานไม่ครบตามที่กำหนด ไม่รับใบสมัครทางโทรสาร (Fax) หรือ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Email)

คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษา

มีอายุไม่ต่ำกว่า 35 ปี และไม่เกิน 65 ปี (นับจนถึงวันรับสมัคร) และต้องวุฒิการศึกษา ไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ไม่เป็นผู้มีคดีอาชญากรรมในระบอบกองทุนให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) และมีประสบการณ์การทำงานหรือการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข หรืองานด้านดิจิทัล เทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ โดยผู้ที่จะเข้ารับการศึกษารอบแรกในหลักสูตร จะต้องมีความรู้พื้นฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

- แพทย์
- บุคลากรทางด้านทางการแพทย์ (ไม่ใช่แพทย์)
- บุคลากรทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (ไม่ใช่แพทย์)
- บุคลากรทั่วไป ทั้งภาครัฐและเอกชน (ไม่ใช่แพทย์)

หมายเหตุ

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ จะพิจารณาคัดเลือกและสัมภาษณ์ผู้เข้ารับการศึกษารอบแรกในภาคเอกชน และผู้เข้ารับการศึกษารอบแรกไม่ได้อยู่ระหว่างการอบรมหลักสูตรอื่น ที่มีระยะเวลาการศึกษาในขณะเดียวกัน ในกรณีที่ผู้สมัครหรือตัวแทนผู้สมัคร ต้องไม่เคยถูกลงโทษทางจริยธรรมในระดับที่ไปประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือเทียบเท่าในประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือคณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ พิจารณาเห็นว่าจำเป็น ผู้สมัครต้องการศึกษาและในการพิจารณาเลือกผู้สมัครเข้ารับการศึกษาคณะกรรมการ หลักสูตรฯ ทรงไว้ซึ่งสิทธิ์เด็ดขาดในการใช้เชิญเข้าเป็นนักศึกษาในหลักสูตรดังกล่าว

ระยะเวลาในการศึกษา

การเรียนการสอนในหลักสูตรจะใช้เวลาเรียนประมาณ 16 สัปดาห์ (รวม 132 ชั่วโมง) โดยเรียนสัปดาห์ละ 1 หรือ 2 วัน (วันเสาร์เต็มวัน และวันศุกร์บางสัปดาห์) วันละ 2 คาบ ระหว่างเวลา 09.30 – 17.00 น. (ยกเว้นกรณีศึกษาต่างจังหวัดและต่างประเทศ) ณ อาคารมหิดลอินเตอร์ แพทย์สภา กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี และสถานที่ที่สถาบันฯ กำหนดกรณีการศึกษาดูงานและกิจกรรมการเรียนรู้ที่สถานประกอบการที่ต่าง ๆ ซึ่งจะแจ้งล่วงหน้า

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่

สถาบันเทคโนโลยีการสัตวแพทย์
ชั้น 9 เลขที่ 88/19 ซอยสาธารณสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข
ตำบลลาดหญ้า อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เว็บไซต์ www.mdi.or.th
E-mail : mtbggm@gmail.com
เบอร์โทร : 0-2591-0049, 081-090-9000

คุณสิริภพ ยวระสุต หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
คุณนพพร เวลสาช หมายเลขโทรศัพท์ 091-888-2629
คุณวิระยุทธ รัตนไหม หมายเลขโทรศัพท์ 090-978-8900



เริ่มกรอกข้อมูลใบสมัคร



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ (ปตพ.1)

รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568



การศึกษาหลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ข้อมูลทั่วไปผู้สมัคร

ตำแหน่ง * ☐ นาย ☐ นาง ☒ นางสาว ☐ นายแพทย์ ☐ แพทย์หญิง ☐ อื่นๆ

ชื่อ *

นามสกุล *

ชื่อเล่น *

ตำแหน่ง (อังกฤษ) *

☐ Mr. ☒ Mrs. ☐ Ms. ☐ Other

ชื่อ (อังกฤษ) *

นามสกุล (อังกฤษ) *

บัตรประชาชนเลขที่ *

วันออกบัตร *

วันหมดอายุ *

สถานที่ออกบัตร *

บัตรข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่
ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ เลขที่

วันหมดอายุ

สถานที่ออกบัตร

วันเกิด *

ภูมิลำเนา *

สัญชาติ *

ศาสนา *

รูปถ่ายสี
(ขนาด 2 นิ้ว) *

** ประเภทไฟล์ .jpg, .jpeg, .png, .bmp เป็นต้น ขนาดไม่เกิน 2 MB ถ่ายไว้ไม่เกิน 3 เดือน



ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ใน
กรณีฉุกเฉิน *

ความสัมพันธ์ *

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ *

ข้อมูลที่อยู่

เลขที่ *	
ซอย	
จังหวัด *	-- โปรดเลือก --
แขวง/ตำบล *	-- โปรดเลือก --
โทรศัพท์ *	
โทรสาร	
Facebook	

หมู่ที่ *	
ถนน	
เขต/อำเภอ *	-- โปรดเลือก --
รหัสไปรษณีย์ *	
มือถือ *	
อีเมล *	
(กรุณาใช้ Email ของผู้สมัครเท่านั้น) ไม่สามารถใช้อีเมลได้	
Line ID	

ข้อมูลการล็อกอินเข้าระบบ

ชื่อผู้ใช้	
รหัสผ่าน *	
ยืนยันรหัสผ่าน *	

☒ บันทึกและไปต่อ

[< กลับ](#)

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณสิรภพ ยุวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณนวพรระ เพล่าสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ (ปดพ.1)

รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568



การศึกษาหลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

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 *

ซอย

จังหวัด *

-- โปรดเลือก --



แขวง/ตำบล *

-- โปรดเลือก --



โทรศัพท์ *

อีเมล

หมู่ที่ *

ถนน

เขต/อำเภอ *

-- โปรดเลือก --



รหัสไปรษณีย์ *

โทรสาร

ข้อมูลเลขานุการ

ตำแหน่ง ☐ นาย ☐ นาง ☒ นางสาว ☐ นายแพทย์ ☐ แพทย์หญิง ☐ อื่น ๆ

ชื่อ

นามสกุล

โทรศัพท์

โทรสาร

อีเมล

มือถือ

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติและประเภท

คุณสมบัติข้อที่ *

-- โปรดเลือกคุณสมบัติข้อที่ --



ประเภท *

-- โปรดเลือกประเภทที่สมัคร --



ข้อมูลด้านการศึกษา

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

ข้อมูลสำหรับแพทย์กรอก

ใบประกอบวิชาชีพ
เวชกรรมเลขที่

MD Card เลขที่

จบการศึกษา
แพทย์ศาสตร์บัณฑิตจาก

รุ่น / ปี พ.ศ

- ข้อมูลด้านการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

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

- กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

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

ตำแหน่ง [เพิ่มรายการ]	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม	ลบ
			X
			X
			X

บันทึกและไปต่อ

< กลับ

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีเกิดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณสิริภพ ยุวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณนพพรเดช เทลาสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ (ปดพ.1)

รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568



การศึกษาหลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

กรณีเคยผ่านการศึกษหลักสูตรของสถาบันอื่นๆ โปรดระบุโดยละเอียด

ปธพ. รุ่นที่	พ.ศ.	ปปร. รุ่นที่	พ.ศ.	วคท. รุ่นที่	พ.ศ.
ปคพ. รุ่นที่	พ.ศ.	วปอ. รุ่นที่	พ.ศ.	พคส. รุ่นที่	พ.ศ.
ปอพ. รุ่นที่	พ.ศ.	นยส. รุ่นที่	พ.ศ.	นธป. รุ่นที่	พ.ศ.
ปภพ. รุ่นที่	พ.ศ.	วปอ. นอ. รุ่นที่	พ.ศ.	TepCot รุ่นที่	พ.ศ.

หลักสูตรระดับสูงอื่นๆ โปรดระบุ

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

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกและเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร

☒ อาหารทั่วไป

☐ อาหารฮาลาล (มุสลิม)

☐ อาหารเจ

☐ อาหารมังสวิรัต

☐ แพ้อาหารทะเล

☐ ไม่รับประทานอาหารเนื้อสัตว์

☐ อื่นๆ โปรดระบุ

การสูบบุหรี่

☐ สูบบุหรี่

☒ ไม่สูบบุหรี่

ไซส์เสื้อ Jacket

-- โปรดเลือก --

ไซส์เสื้อ Polo

-- โปรดเลือก --

ขนาดรอบเอว (ซ.ม.)

0.00

ความสูง (ซ.ม.)

0.00

น้ำหนัก (ก.ก.)

0.00

☒ บันทึกและไปต่อ

< กลับ

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณสิริภพ ยะสุต หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณนพพร เวทาสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ (ปดพ.1)

รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568



การศึกษาหลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

1. ข้อตกลง

- ☒ ข้าพเจ้าขอรับการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวเป็นคุณพินิจของคณะกรรมการที่ทำหน้าที่คัดเลือกนักศึกษา และสถาบันมหิดลอินเตอร์ และข้าพเจ้าขอรับการวินิจฉัยของคณะกรรมการสถาบันมหิดลอินเตอร์ ในทุกกรณี โดยไม่โต้แย้งคัดค้านการใด ๆ ตามกฎหมายทั้งสิ้น
- ☒ ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมว่าหากได้เข้ารับการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษาสถาบันมหิดลอินเตอร์ ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ กฎเกณฑ์ และเงื่อนไขข้อกำหนดของสถาบันมหิดลอินเตอร์ หลักสูตรการศึกษาและเงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาทุกประการ
- ☒ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากระบุข้อมูลที่ผิดจากความจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษาสถาบันมหิดลอินเตอร์ หรือถูกปลดออกจากการเป็นนักศึกษาสถาบันมหิดลอินเตอร์ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใด ๆ

ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน

เนื่องจากหลักสูตรนี้ใช้เวลาการเรียน อาทิโดยละ 1 วัน คือวันเสาร์ (เต็มวัน) และวันศุกร์บางสัปดาห์ (ดูงานในพื้นที่ราชการ) และมีกิจกรรมสัมพันธสัมพันธ์ร่วมกันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด) *

- ☒ ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปดพ. ตลอดจนระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่าง 27 กันยายน 2568 - 1 กุมภาพันธ์ 2569 ข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วมโครงการบรรยายและรวมกิจกรรมต่าง ๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ตลอดโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกับหลักสูตร ปดพ. 1

2. เอกสารหลักฐานต่าง ๆ

2.1 หนังสือรับรองจากหัวหน้าหน่วยงาน (ดาวโหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง) *

ไม่มีไฟล์ที่เลือก

** ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

2.2 หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร (ดาวโหลดแบบฟอร์มหนังสือรับรอง) *

ไม่มีไฟล์ที่เลือก

** ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

2.3 สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง *

ไม่มีไฟล์ที่เลือก

** ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

2.4 สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ / พนักงานของรัฐ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ไม่มีไฟล์ที่เลือก

** ขนาดไม่เกิน 5 MB

2.5 สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง *

ไม่มีไฟล์ที่เลือก

** ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

2.6 สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง *

ไม่มีไฟล์ที่เลือก

** ขนาดไม่เกิน 5 MB รายละเอียดเอกสารแนบ

2.7 กรณีเอกชน

- เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท

ไม่มีไฟล์ที่เลือก

** ขนาดไม่เกิน 5 MB

- ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

ไม่มีไฟล์ที่เลือก

** ขนาดไม่เกิน 5 MB

Note

1. * = บังคับกรอกข้อมูล
2. กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณสิรภพ นวะสุด หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณนพพรพร เทลสาวย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2628



ระบบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ (ปดพ.1)

รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568



การศึกษาหลักสูตรผู้บริหารดิจิทัลทางการแพทย์ รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2568

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 5

ยืนยันข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปผู้สมัคร



ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)

บัตรประชาชนเลขที่

สถานที่ออกบัตร

บัตรข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ของรัฐ/
รัฐวิสาหกิจ เลขที่

สถานที่ออกบัตร

วันเกิด

ภูมิลำเนา

สัญชาติ

ศาสนา

ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

ความสัมพันธ์

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ

ที่อยู่

Facebook

Line ID

ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่ง

สังกัด:ฝ่าย/กอง/สำนัก

หน่วยงาน/องค์กร/กระทรวง

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา

ที่อยู่ทำงาน

เลขานุการ

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

สมัครเข้าศึกษาตามคุณสมบัติ

ข้อมูลทางการศึกษา

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

ข้อมูลสำหรับแพทย์

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

MD Card เลขที่

จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก

รุ่น / ปี พ.ศ.

- ข้อมูลทางการศึกษาเฉพาะทางที่ได้รับรองจากแพทยสภา

วุฒิที่ได้รับ (วว./อว.)	จากสถาบัน	ปีที่ได้รับ

- กรณีเคยผ่านการศึกษหลักสูตรของสถาบันอื่นๆ โปรดระบุโดยละเอียด

ปธพ. รุ่นที่	พ.ศ.	ปปร. รุ่นที่	พ.ศ.	วตท. รุ่นที่	พ.ศ.
ปณพ. รุ่นที่	พ.ศ.	วปอ. รุ่นที่	พ.ศ.	พตส. รุ่นที่	พ.ศ.
ปอพ. รุ่นที่	พ.ศ.	นยส. รุ่นที่	พ.ศ.	นธป. รุ่นที่	พ.ศ.
ปคพ. รุ่นที่	พ.ศ.	มินิ วปอ. รุ่นที่	พ.ศ.	TepGot รุ่นที่	พ.ศ.

หลักสูตรระดับสูงอื่นๆ โปรดระบุ

หลักสูตร	รุ่น / ปีการศึกษา	หมายเหตุ

- กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแพทยสภา

(ได้แก่ คณะกรรมการ, อนุกรรมการของแพทยสภา, กรรมการราชวิทยาลัย 15 แห่ง, ศรช., ศนพ. สจพ. และองค์การอื่นๆ)

ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ปีที่ร่วมกิจกรรม

ข้อมูลเพิ่มเติม (เพื่ออำนวยความสะดวกขอเข้าร่วมหลักสูตรฯ)

การรับประทานอาหาร

☒ อาหารทั่วไป

☐ อาหารฮาลาล (มุสลิม)

☐ อาหารเจ

☐ อาหารมังสวิรัต

☐ แพ้อาหารทะเล

☐ ไม่รับประทานอาหารเนื้อวัว

☐ อื่นๆ โปรดระบุ

การสูบบุหรี่

☐ สูบบุหรี่

☒ ไม่สูบบุหรี่

ไซส์เสื้อ Jacket

XS

ไซส์เสื้อ Polo

XS

ขนาดรอบเอว

0.00

ความสูง (ซ.ม.)

0.00

น้ำหนัก (ก.ก.)

0.00

ข้อตกลงและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ

1. ข้อตกลง

- ☐ ข้าพเจ้ายอมรับว่าการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวเป็นดุลพินิจของคณะกรรมการ สถาบันเทคโนโลยีนานาชาติสิรินธร ที่ทำหน้าคัดเลือกนักศึกษา และข้าพเจ้ายอมรับการวินิจฉัยของคณะกรรมการ สถาบันเทคโนโลยีนานาชาติสิรินธร ในทุกกรณี โดยไม่โต้แย้งดำเนินการใด ๆ ตามกฎหมายทั้งสิ้น
- ☐ ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมว่าหากได้เข้ารับการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีนานาชาติสิรินธร ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ กฎเกณฑ์ และเงื่อนไขข้อกำหนดของสถาบันเทคโนโลยีนานาชาติสิรินธร หลักสูตรการศึกษา และเงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาทุกประการ
- ☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่า หากระบุข้อมูลที่ดีจากความจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีนานาชาติสิรินธร หรือถูกปลดออกจากการเป็นนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีนานาชาติสิรินธร โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ข้อจำกัด และความสามารถในการเข้าเรียน

- เนื่องจากหลักสูตรนี้ใช้เวลาการเรียน อาทิตย์ละ 1 วัน คือวันเสาร์ (เต็มวัน) และวันศุกร์บางสัปดาห์ (ทำงานในพื้นที่ยานพาหนะ) และมีกิจกรรมสัมพันธไมตรีร่วมกันตอนเย็นในบางวัน ท่านโปรดให้ความมั่นใจว่า จะสามารถร่วมกิจกรรมได้ครบตามปฏิทินการศึกษาที่สถาบันระบุ (โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด)
- ☐ ข้าพเจ้ารับรองว่า หากได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตร ปตท. ตลอดระยะเวลาการศึกษาระหว่าง 27 กันยายน 2568 - 1 กุมภาพันธ์ 2569 ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับการบรรยายและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในหลักสูตรได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยตลอด และจะไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรใดก่อนอื่นที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกันหลักสูตร ปตท. 1

2. เอกสารหลักฐานต่าง ๆ

- หนังสือรับรองจากหัวหน้าหน่วยงาน (รายละเอียดเอกสารแนบ)
- หนังสือรับรอง กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร (รายละเอียดเอกสารแนบ)
- สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (รายละเอียดเอกสารแนบ)
- สำเนาบัตรข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ / พนักงานของรัฐ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (รายละเอียดเอกสารแนบ)
- สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (ทบวงมหาวิทยาลัย) หรือ ก.พ. รับรองว่าสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่า พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (รายละเอียดเอกสารแนบ)
- กรณีเอกชน
 - เจ้าของกิจการ กรรมการ หุ้นส่วน ขอหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือจดทะเบียนบริษัท
 - ผู้บริหารระดับสูงของเอกชน โปรดแนบโครงสร้างหน่วยงานและโครงสร้างการบริหารมาด้วย

Note

- * = บังคับกรอกข้อมูล
- กรณีติดปัญหาเรื่องโปรแกรมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 - คุณสิริภพ ยวงสุต หมายเลขโทรศัพท์ 098-262-9984
 - คุณแนวพระ เทลาสาย หมายเลขโทรศัพท์ 095-598-2626

หมายเหตุ : กรุณาตรวจสอบข้อมูลและเอกสารแนบของท่านให้ถูกต้องก่อน กดส่งข้อมูล (กรณีท่านกดส่งข้อมูลไปแล้วจะไม่สามารถกลับมาแก้ไขได้อีกครั้ง)