

งานการเจ้าหน้าที่  
รับเลขที่ 2963  
วันที่ ๑๔ พ.ย. ๒๕๖๑  
เวลา 14:20 น.



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
พระนครศรีอยุธยา  
รับเลขที่ 9 พ.ย. ๕๕  
วันที่ - ๙ พ.ย. ๒๕๖๑  
เวลา 9 ท.ย.พ.ย.

ที่ สธ ๐๒๑๓/ ๗๑๗๕๗

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

พฤศจิกายน ๒๕๖๐

รับเพิ่ม ท้ายห้อง นพ.สสจ.อย.  
วันที่ ๑๐ พ.ย. ๒๕๖๐  
วันที่ ๓๔  
เวลา

เรื่อง การรับสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑

เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขทุกเขต

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. แผ่นประชาสัมพันธ์หลักสูตรฯ	จำนวน	๑	ฉบับ
	๒. แนวทางการเสนอรายชื่อฯ	จำนวน	๑	ฉบับ
	๓. แบบบัญชีรายชื่อผู้สมัครเข้ารับการอบรม	จำนวน	๑	ฉบับ
	๔. ใบสมัครการเข้ารับการอบรม	จำนวน	๑	ฉบับ

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายให้สถาบันพระบรมราชชนก โดยวิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข ดำเนินการจัดอบรมหลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ผ่านการอบรมเป็นผู้บริหารรุ่นใหม่ที่มีวิสัยทัศน์ คุณธรรม จริยธรรม พร้อมเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข นั้น

ในการนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอความอนุเคราะห์ท่านดำเนินการคัดเลือกผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมเข้ารับการอบรมหลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ ๓๔ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ทั้งนี้ กรณีมีผู้สมัครมากกว่า ๑ ราย ขอให้ท่านพิจารณาเสนอผู้มีสิทธิ์สมัครตามลำดับความเหมาะสม และส่งแบบบัญชีรายชื่อพร้อมใบสมัครถึงวิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก อาคาร ๖ ชั้น ๙ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ ภายในวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นพ.สสจ.

- เพื่อโปรดพิจารณา
- เห็นชอบจังหวัด เจ้าคุณพระรองทพ
- สสจ.นนทบุรี

(นายกรินทร์ อ่างหาญ)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

สถาบันพระบรมราชชนก  
วิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๒๗

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๘๑๐

- สำเนาเรียน
๑. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด
  ๒. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางพรรณพิมล วิปุลากร)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑๗ กรกฎาคม  
- ๐๒๕๕๐  
๑๗  
14 พ.ย. 60

วิป  
เว็ทวิชั่น  
พ.ย.

(นายพิทยา ไพบูลย์ศิริ)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
๑๔ พ.ย. ๒๕๖๐

๑๔ พ.ย. ๒๕๖๐



# หลักสูตรนักบริหารการแพทย์

## และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ 34

Training program for medical and public health executives



### โครงสร้างหลักสูตร



จำนวน 402 ชั่วโมง  
แบ่งเป็น 4 หน่วยการเรียนรู้ ดังนี้

#### 1 การพัฒนาตนเอง

- กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
- จริยธรรมสำหรับผู้บริหาร
- การพัฒนาตนเองและบุคลิกภาพ

#### 2 คิดเชิงยุทธศาสตร์

- มองโลกเข้าใจไทย
- การบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์
- ยุทธศาสตร์และปฏิรูประบบสุขภาพไทย
- ธรรมภิบาล

#### 3 ผู้นำรุ่นใหม่กับการบริหาร

- ภาวะผู้นำ
- การบริหารองค์กร
- การบริหารการเงินการคลัง
- การบริหารแผนงาน
- เทคโนโลยีกับการบริหาร

#### 4 ระบบสุขภาพไทย

- ระบบสุขภาพไทย
- สถานการณ์และปัญหาสุขภาพที่หาย

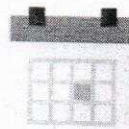
### วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ



อาทิ เช่น ...

- พระพรหมบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
- รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.เกษม วัฒนชัย
- ดร.สุเมธ ตันติเวชกุล
- ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สุรเกียรติ์ เสถียรไทย
- ศาสตราจารย์ วุฒิสาร ตันไชย
- ดร.กอบศักดิ์ ภูตระกูล
- ศาสตราจารย์ ดร.กำชัย จงจักรพันธุ์

วิทยากรจากกระทรวงสาธารณสุข  
และ... วิทยากรจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน



### ระยะเวลาการอบรม

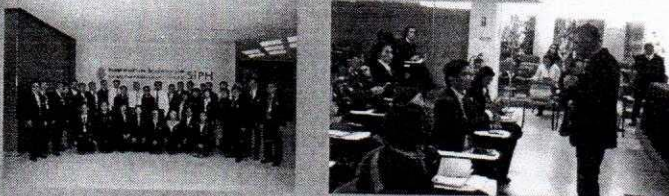
ระยะที่ 1 : 18 - 28 ธันวาคม 2560

ระยะที่ 2 : 8 มกราคม - 16 มีนาคม 2561

### ศึกษาดูงาน



### ศึกษาดูงานในประเทศและต่างประเทศ



### จำนวนผู้เข้ารับการอบรม



จำนวน 48 คน

QR



ดาวน์โหลดเอกสารเพิ่มเติมได้ที่  
[www.cpha.ac.th](http://www.cpha.ac.th)

QR

f วิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข



0-2590-1927-8



0-2590-1810

แนวทางการเสนอรายชื่อผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรม  
หลักสูตรนักรับราชการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ ๓๔  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ของหน่วยงานต้นสังกัด

**๑. ส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

- ผู้สมัครส่งใบสมัครผ่านต้นสังกัดในระดับจังหวัดโดยมีการจัดลำดับ และจังหวัดเสนอต่อผู้ตรวจราชการกระทรวงในเขตที่จังหวัดสังกัดอยู่

**\*\* การรับรองใบสมัคร \*\* ลงนามโดยหัวหน้าหน่วยงาน (ผู้บังคับบัญชาขึ้นไป ๑ ระดับ) \*\***

- ส่งแบบบัญชีรายชื่อพร้อมใบสมัครถึงวิทยาลัยนักรับราชการสาธารณสุข ภายในวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

**\*\* การรับรองในแบบบัญชีรายชื่อ \*\* ลงนามโดยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข \*\***

**๒. ส่วนกลางสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

- ผู้สมัครส่งใบสมัครผ่านผู้อำนวยการสำนักฯ/สถาบัน/ศูนย์/กอง

- ผู้อำนวยการสำนักฯ/สถาบัน/ศูนย์/กอง เสนอรายชื่อให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลและกำกับสำนักฯ/สถาบัน/ศูนย์/กอง โดยพิจารณาตามลำดับ

- สำนักฯ/สถาบัน/ศูนย์/กอง ส่งแบบบัญชีรายชื่อพร้อมใบสมัครถึงวิทยาลัยนักรับราชการสาธารณสุข ภายในวันที่

๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

**\*\* การรับรองใบสมัครและแบบบัญชีรายชื่อ \*\* ลงนามโดยรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข \*\***

**๓. หน่วยงานในสังกัดกรม**

- ผู้สมัครส่งใบสมัครผ่านผู้อำนวยการสำนักฯ/สถาบัน/ศูนย์/กอง

- สำนักฯ/สถาบัน/ศูนย์/กอง เสนอรายชื่อให้กรมต้นสังกัด

- กรมพิจารณารายชื่อตามลำดับ

- กรมส่งแบบบัญชีรายชื่อพร้อมใบสมัครถึงวิทยาลัยนักรับราชการสาธารณสุข ภายในวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

**\*\* การรับรองใบสมัครและแบบบัญชีรายชื่อ \*\* ลงนามโดยอธิบดีกรมหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้รักษาราชการแทน \*\***

**๔. วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก**

- ผู้สมัครส่งใบสมัครถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยนักรับราชการสาธารณสุข ภายในวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

- วิทยาลัยนักรับราชการสาธารณสุข รวบรวมรายชื่อเสนอ และลงนามรับรองใบสมัครถึงผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก ภายในวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

**๕. หน่วยงาน/องค์กร/มูลนิธิ ด้านสาธารณสุข**

- ผู้สมัครเสนอใบสมัครให้ผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจอนุมัติลงนาม

- ผู้สมัครส่งใบสมัครถึงวิทยาลัยนักรับราชการสาธารณสุข ภายในวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

**✿ กรณีมีผู้สมัครมากกว่า ๑ ราย ขอให้หน่วยงานพิจารณาเสนอผู้มีสิทธิ์สมัครตามลำดับความเหมาะสม ✿**

หากมีข้อสงสัยประการใด ติดต่อ

๑. กมลฉัตร บุศยารัตน์ มือถือ ๐ ๘๑๘๑ ๐๗๗๑ ๙ E-mail : kmolachat@hotmail.com

๒. ไพรมา ไวยาชีวะ มือถือ ๐ ๘๗๕๙ ๑๓๓๑ ๑ E-mail : wpunpun@gmail.com

ที่อยู่ในการจัดส่งแบบบัญชีรายชื่อและใบสมัคร

วิทยาลัยนักรับราชการสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก อาคาร ๖ ชั้น ๙ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๙๒๗-๘ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๑๐

แบบบัญชีรายชื่อผู้สมัครเข้ารับการอบรม  
หลักสูตรนันทนาการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ ๓๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ใช้แบบฟอร์มนี้เท่านั้น)

หน่วยงาน .....  
 เขตสุขภาพที่ .....

ลำดับ	ชื่อ	สกุล	ตำแหน่งทางวิชาการ (ตามสายงาน)	ตำแหน่งทางบริหาร	ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งทางการบริหาร		สถานที่ปฏิบัติงาน	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	เลขที่บัตรประชาชน ผู้สมัคร
					แต่งตั้งเมื่อ ปี พ.ศ.	(ปี)					
๑											
๒											
๓											
๔											
๕											

หมายเหตุ

- กรณีมีผู้สมัครมากกว่า ๑ ราย ขอให้หน่วยงานพิจารณาเสนอผู้มีสิทธิ์สมัครตามลำดับความเหมาะสม
- กรุณาส่งแบบบัญชีรายชื่อพร้อมใบสมัคร ภายในวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ทางไปรษณีย์
- หรือส่งแบบบัญชีรายชื่อทาง wpunpun@gmail.com , bow\_bow999@hotmail.com

การรับรองแบบบัญชีรายชื่อ

๑. ส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดย ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๒. ส่วนกลางสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๓. หน่วยงานในสังกัดกรม โดย อธิบดีกรมหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้รักษาการแทน
๔. หน่วยงาน/องค์กร/มูลนิธิ ด้านสาธารณสุข โดย ผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจอนุมัติลงนาม

๑. เห็นชอบกับรายชื่อและลำดับรายชื่อผู้ที่ได้รับคัดเลือก
  ๒. ขอรับรองว่าผู้สมัครตามบัญชีนี้มีคุณสมบัติครบถ้วน
- ตามหลักสูตร

(.....)  
 ตำแหน่ง .....



ใบสมัครเข้ารับการอบรม  
หลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง

รุ่นที่ ๓๔

ปีการศึกษา พ.ศ.๒๕๖๑

โดย

วิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก



## คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม

ผู้สมัครเข้ารับการอบรมจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

### ๑. คุณสมบัติทั่วไป

- ๑.๑ มีสุขภาพจิต สุขภาพกายสมบูรณ์ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและรับการอบรมได้ตลอดหลักสูตร
- ๑.๒ ไม่อยู่ในระหว่างการถูกสอบสวนทางวินัยร้ายแรง
- ๑.๓ เป็นผู้มีส่วนราชการต้นสังกัดคัดเลือกและเสนอรายชื่อ พร้อมสนับสนุนงบประมาณในการอบรม

### ๒. คุณสมบัติเฉพาะ เป็นผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้

#### ๒.๑ ดำรงตำแหน่งทางการบริหารดังต่อไปนี้

- ๒.๑.๑ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลในสังกัดกรมต่าง ๆ
- ๒.๑.๒ ผู้อำนวยการสำนัก /สถาบัน / ผู้อำนวยการศูนย์/กอง/เลขานุการกรม / ผู้อำนวยการวิทยาลัย
- ๒.๑.๓ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่ดำรงตำแหน่งระดับเชี่ยวชาญที่มีบทบาทในการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- ๒.๑.๔ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลในสังกัดกรมต่าง ๆ (รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์, รองพยาบาล, หัวหน้ากลุ่มภารกิจปฐมภูมิ/ทุติยภูมิ-ตติยภูมิ/พรส.)
- ๒.๑.๕ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ที่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน มาไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี
- ๒.๑.๖ พนักงานองค์การของรัฐ หรือพนักงานองค์การมหาชนที่ดำรงตำแหน่งเทียบเท่าตามข้อ ๒.๑.๑ - ๒.๑.๕
- ๒.๓ อายุ ไม่เกิน ๕๕ ปี นับถึงวันเปิดการอบรม

### ๓. เงื่อนไขในการเข้ารับการอบรม

- ๓.๑ ผู้ที่ได้รับการพิจารณาเข้ารับการอบรม จะต้องใช้เวลาการอบรมไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ของแต่ละ ช่วงระยะเวลาการอบรม
- ๓.๒ ระหว่างเข้ารับการอบรมหลักสูตร นบส. ต้องไม่เข้ารับการศึกษารอบรมในหลักสูตรใด ๆ ที่ตรงกับเวลาของการอบรมที่กำหนด เพื่อให้มีเวลาเข้ารับการอบรมได้อย่างเต็มที่



ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรนักรับราชการแพทย์  
และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ ๓๔  
กระทรวงสาธารณสุข

รูปถ่ายสี

ขนาด 2 นิ้ว

1. ข้อมูลทั่วไป (โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง)

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล .....

วัน เดือน ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี สัญชาติ..... ศาสนา .....

สถานภาพการสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า

เลขที่บัตรประชาชน .....

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... E-mail .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... มือถือ.....

2. ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่งปัจจุบัน

( ) นพ.สสจ. ( ) นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สสจ.

( ) นวก.เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา สสจ. ( ) ผอ.โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

( ) รอง ผอ.โรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์ ( ) ผอ.โรงพยาบาลชุมชนอาวุโส

( ) ผู้อำนวยการสำนัก/สถาบัน/ศูนย์/กอง ( ) ผู้อำนวยการวิทยาลัย

( ) อื่นๆ โปรดระบุ .....

ระดับ ..... อัตราเงินเดือน ..... บาท

ดำรงตำแหน่งปัจจุบันเมื่อ ..... รวม ..... ปี ..... เดือน

สถานที่ปฏิบัติงาน

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....

3.ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี : .....สถาบันการศึกษา.....ปี พ.ศ.....  
ปริญญาโท : .....สถาบันการศึกษา.....ปี พ.ศ.....  
ปริญญาเอก : .....สถาบันการศึกษา.....ปี พ.ศ.....

4.ประวัติการเข้ารับการศึกษา/อบรม

หลักสูตรฝึกอบรม	รุ่น/ปีการศึกษา
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

4.วัตถุประสงค์/เป้าหมาย การสมัครเข้ารับการอบรมในหลักสูตร

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5.ผู้สมัครคิดว่าสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากหลักสูตรไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างไร

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



6. หากท่านได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรม ท่านจะเสนอหัวข้อการศึกษาส่วนบุคคล ( IS ) ในประเด็นใด

6.1 .....

6.2 .....

7. การรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน (ผู้บังคับบัญชาขึ้นไป 1 ระดับ)

ข้าพเจ้า .....

ตำแหน่ง ..... หน่วยงาน .....

ผู้บังคับบัญชาของ ..... ผู้สมัครเข้ารับการอบรม

ในหลักสูตรนักรับการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ 34 ขอรับรองต่อวิทยาลัยนักรับการสาธารณสุข ว่าหน่วยงานต้นสังกัดยินยอมและสนับสนุนให้ผู้สมัครข้างต้นเข้าศึกษาอบรมและร่วมกิจกรรมทั้งปวงตามที่วิทยาลัยนักรับการสาธารณสุขกำหนดไว้ในหลักสูตรฯ ได้อย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรม

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....