



ใบสมัครเข้ารับการศึกษา



Certified
Diabetes
Educator
Program

Faculty of Medicine Siriraj Hospital

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ให้ความรู้ด้านเบาหวาน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Certified Diabetes Educator Program

Faculty of Medicine Siriraj Hospital

รุ่นที่ 2

ปีการศึกษา พ.ศ.2561

ศูนย์เบาหวานศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รายละเอียดการสมัครเข้ารับการศึกษา

.....

หลักฐานประกอบการสมัคร

1. แบบฟอร์มใบสมัครที่ผู้สมัครกรอกข้อมูลครบถ้วน ชัดเจน
2. รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด 1.5 นิ้ว จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน (ใช้ติดใบสมัคร 1 รูป โดยการติดห้ามใช้ลวดเย็บกระดาษเย็บรูป)
3. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ/เจ้าหน้าที่รัฐ จำนวน 1 ชุด
4. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด

การรับสมัคร

1. เปิดรับสมัคร ระหว่างวันที่ 16 เมษายน – 15 มิถุนายน 2561 ในวันและเวลาราชการ
2. Download ใบสมัครได้ที่ www.si.mahidol.ac.th/sdc และ www.sirirajgrad.com
3. ในการสมัคร ผู้สมัครต้องนำใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วน และแนบหลักฐานประกอบการสมัครส่งให้กับศูนย์เบาหวานศิริราชภายในเวลาที่กำหนด
4. ส่งเอกสารการสมัครด้วยตนเองหรือส่งทางไปรษณีย์ ที่อยู่ ศูนย์เบาหวานศิริราช โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 6 เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
5. กรณีส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ ให้ส่งถึงศูนย์เบาหวานภายใน 15 มิถุนายน 2561 และโทรแจ้งที่ นายบัณฑิต ปิฎกรัษต์/นางสาวต้องฤทัย จรดล
6. หากมีผู้สมัครเกินจำนวนที่กำหนด อาจปิดรับสมัครก่อนกำหนด
7. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบสัมภาษณ์วันที่ 22 มิถุนายน 2561
8. สอบสัมภาษณ์วันที่ 29 มิถุนายน 2561
9. ประกาศผลการคัดเลือกภายใน 10 กรกฎาคม 2561
10. เปิดภาคการศึกษา 16 สิงหาคม 2561

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่

สำนักงานศูนย์เบาหวานศิริราช ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช
เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

เว็บไซต์ www.si.mahidol.ac.th/sdc

โทรศัพท์ 0 2419 9568-9 โทรสาร 0 2419 9569 อีเมล sidmcenter@gmail.com

ผู้ประสานงาน นายบัณฑิต ปิฎกรัษต์/นางสาวต้องฤทัย จรดล

เลขที่

		-	2	5	6	1
--	--	---	---	---	---	---

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)



**Certified
Diabetes
Educator
Program**

Faculty of Medicine Siriraj Hospital

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1.5 นิ้ว

ศูนย์เบาหวานศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ใบสมัครเข้ารับการศึกษ

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ให้ความรู้ด้านเบาหวาน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
Certified Diabetes Educator Program Faculty of Medicine Siriraj Hospital
รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา พ.ศ.2561

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ (ภาษาไทย) ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Frist Name (Mr./Mrs./Ms.).....Last Name.....
วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี ภูมิลำเนา.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
ที่อยู่ปัจจุบัน
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่บ้าน).....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....
มือถือ.....โทรสาร..... E-mail.....

2. ข้อมูลด้านการทำงาน

ตำแหน่ง (ภาษาไทย).....(ภาษาอังกฤษ).....
ฝ่าย/ส่วน/ภาควิชา.....
หน่วยงาน/โรงพยาบาล.....
SAP ID (เฉพาะบุคลากรโรงพยาบาลศิริราช).....

2. ข้อมูลด้านการทำงาน (ต่อ)

โปรดระบุ ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา (ในกรณีส่งหนังสือราชการ) เรียน.....

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

ลักษณะงานและความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับผู้เป็นเบาหวานของผู้สมัคร

.....

.....

.....

.....

ประสบการณ์ทำงาน/เกี่ยวข้องกับผู้เป็นเบาหวานมานาน.....ปี

- ระบุเพิ่มเติม ผู้เป็นเบาหวานทั่วไป
- ผู้เป็นเบาหวานเด็กและวัยรุ่น
- ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ
- ผู้เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
- ผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวานที่จอประสาทตา ปัญหาเท้าเบาหวาน
- อื่นๆ ระบุ.....

ผู้สมัครทำงานด้านการสอนสร้างทักษะให้ผู้เป็นเบาหวานจัดการตนเองหรือไม่

- ทำงานด้านการสอนสร้างทักษะกับผู้เป็นเบาหวานแบบองค์รวม
- ทำงานสอนด้านเบาหวานในบางหัวข้อ
- ลักษณะงานไม่เกี่ยวข้องกับการสอนสร้างทักษะให้ผู้เป็นเบาหวาน

3. ข้อมูลด้านการศึกษา

ระดับการศึกษา	วุฒิการศึกษา	สถาบันการศึกษา
ปริญญาตรี		
ปริญญาโท		
อื่นๆ (โปรดระบุ).....		

ท่านเคยได้รับการอบรม/หรือหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเบาหวาน โปรดระบุโดยละเอียด

ข้าพเจ้ายอมรับว่าการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวเป็นดุลยพินิจของคณะกรรมการที่ทำหน้าที่คัดเลือกนักศึกษา และข้าพเจ้ายอมรับการวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ในทุกกรณี โดยไม่โต้แย้งดำเนินการใดๆ ตามกฎหมายทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมว่าหากได้เข้ารับการคัดเลือกเข้าศึกษา ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบกฎเกณฑ์ และเงื่อนไขข้อกำหนดของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หลักสูตรการศึกษา และเงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากระบุข้อความที่ผิดจากความเป็นจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิจากการศึกษาของหลักสูตรฯ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ลายมือชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ For Official Use Only