



Siriraj Diabetes Center of Excellence

ใบสมัครเข้ารับการศึกษา



Certified
Diabetes
Educator
Program

Faculty of Medicine Siriraj Hospital

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ให้ความรู้เบาหวาน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Certified Diabetes Educator Program,

Faculty of Medicine Siriraj Hospital

รุ่นที่ 3

ปีการศึกษา พ.ศ.2562

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
5. หนังสืออนุมัติจากหน่วยงานต้นสังกัด

การรับสมัคร

1. เปิดรับสมัคร ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 14 มิถุนายน 2562 ในวันและเวลาราชการ
2. Download ใบสมัครได้ที่ www.si.mahidol.ac.th/sdc และ www.sirirajgrad.com
3. ในการสมัคร ผู้สมัครต้องนำใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วน และแนบหลักฐานประกอบการสมัครส่งให้กับศูนย์เบาหวานศิริราชภายในเวลาที่กำหนด
4. ส่งเอกสารการสมัครด้วยตนเองหรือส่งทางไปรษณีย์
 “ที่อยู่ ศูนย์เบาหวานศิริราช โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ตึกหอพักพยาบาล1 ชั้น1 เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700”
5. กรณีส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ ให้ส่งถึงศูนย์เบาหวานศิริราช ภายในวันที่ 14 มิถุนายน 2562 และติดต่อแจ้งที่ นางสาวธาวินี วิลามาต / นายบัณฑิต พิภูกริชต์ โทร. 02-419-9568-9 ต่อ 105
6. หากมีผู้สมัครเกินจำนวนที่กำหนด อาจปิดรับสมัครก่อนกำหนด
7. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบสัมภาษณ์วันที่ 19 มิถุนายน 2562
8. สอบสัมภาษณ์ในวันที่ 28 มิถุนายน 2562
9. ประกาศผลการคัดเลือกในวันที่ 5 กรกฎาคม 2562
10. เปิดภาคการศึกษาในวันที่ 15 สิงหาคม 2562

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่

สำนักงานศูนย์เบาหวานศิริราช ตึกหอพักพยาบาล1 ชั้น1 โรงพยาบาลศิริราช

เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

เว็บไซต์ www.si.mahidol.ac.th/sdc

โทรศัพท์ 0 2419 9568-9 ต่อ 105 โทรสาร 0 2419 9569 อีเมล sirirajcde@gmail.com

ผู้ประสานงาน นางสาวธาวินี วิลามาต / นายบัณฑิต พิภูกริชต์

เลขที่

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

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)



**Certified
Diabetes
Educator
Program**

Faculty of Medicine Siriraj Hospital

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1.5 นิ้ว

ศูนย์เบาหวานศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ใบสมัครเข้ารับการศึกษ

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ให้ความรู้เบาหวาน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Certified Diabetes Educator Program, Faculty of Medicine Siriraj Hospital

รุ่นที่ 3 ปีการศึกษา พ.ศ.2562

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 (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

ผู้สมัครทำงานด้านการสอนสร้างทักษะให้ผู้เป็นเบาหวานจัดการตนเองหรือไม่

- ทำงานด้านการสอนสร้างทักษะกับผู้เป็นเบาหวานแบบองค์รวม
- ทำงานสอนด้านเบาหวานในหัวข้อ
- ลักษณะงานไม่เกี่ยวข้องกับการสอนสร้างทักษะให้ผู้เป็นเบาหวาน

3. ข้อมูลด้านการศึกษา

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

ข้าพเจ้ายอมรับว่าการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าว เป็นดุลยพินิจของคณะกรรมการที่
ทำหน้าที่คัดเลือกนักศึกษา และข้าพเจ้ายอมรับการวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ในทุกกรณี โดยไม่ติดใจ
ดำเนินการใดๆ ตามกฎหมายทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมว่าหากได้เข้ารับการศึกษา ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ
กฎเกณฑ์ และเงื่อนไขข้อกำหนดของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หลักสูตรการศึกษา และเงื่อนไขการ
สำเร็จการศึกษาทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหาก
ระบุข้อความที่ผิดจากความเป็นจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิจากการศึกษาของหลักสูตรฯ โดยไม่มีข้อ
เรียกร้องใดๆ

ลายมือชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ (For Official Use Only)