



ใบสมัครเข้าร่วมหลักสูตร

หลักสูตรการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการประยุกต์และพัฒนาศักยภาพการเป็นรัฐบาลดิจิทัล

Growing Expertise in e-Health Knowledge and Skills: GEEKS รุ่นที่ 2

คำชี้แจง

- ผู้สมัครต้องเป็นผู้ที่ดูแล/รับผิดชอบงานด้านการวิเคราะห์ ใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพ และเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ ผู้บริหารหรือแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ อาจารย์ นักวิจัย ฯลฯ จากกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย และองค์กรต่างๆ
- บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขอให้สมัครเป็นทีมๆ ละ 3 คน ได้แก่ 1) ผู้บริหาร เช่น CIO 2) ผู้วิเคราะห์หรือทำข้อมูล 3) เจ้าหน้าที่ IT ด้านระบบข้อมูล
- กรณารอรายละเอียดตามแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และส่งกลับมาที่ geeks.moph@gmail.com หรือ geeks@moph.go.th

ชื่อทีม.....

ผู้สมัคร		ภาษาไทย	ภาษาอังกฤษ
ลำดับที่ 1	ชื่อ-สกุล		
	ตำแหน่ง		
	หน่วยงาน		
ลำดับที่ 2	ชื่อ-สกุล		
	ตำแหน่ง		
	หน่วยงาน		
ลำดับที่ 3	ชื่อ-สกุล		
	ตำแหน่ง		
	หน่วยงาน		
ลำดับที่ 4	ชื่อ-สกุล		
	ตำแหน่ง		
	หน่วยงาน		

**** กรุณารอรายละเอียดข้อมูลของผู้สมัครแต่ละท่านเพิ่มเติม ตามแบบฟอร์มแนบท้าย**

โครงการ/แผนงาน ด้าน e-Health ที่สนใจหรือต้องการพัฒนาในหน่วยงานของท่าน

.....

.....

.....

.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลำดับที่สมัคร..... วันที่สมัคร.....

ชื่อทีม/หน่วยงาน.....

สมาชิกทีมคนที่.....

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

มือถือ..... e-mail.....

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ณ สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

การศึกษา

ปีที่จบ	ระดับการศึกษา	สาขา	สถาบันการศึกษา

ประสบการณ์การทำงาน (ด้านการวิเคราะห์ ใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพ และเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ)

ระยะเวลา	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	หน้าที่รับผิดชอบ

สิ่งที่คาดหวังจากการอบรม (โปรดอธิบายพอสังเขป)

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

ท่านทราบว่า มีหลักสูตรนี้ได้อย่างไร (โปรดระบุ)

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

ชื่อทีม/หน่วยงาน.....

สมาชิกทีมคนที่.....

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

มือถือ..... e-mail.....

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ณ สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

การศึกษา

ปีที่จบ	ระดับการศึกษา	สาขา	สถาบันการศึกษา

ประสบการณ์การทำงาน (ด้านการวิเคราะห์ ใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพ และเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ)

ระยะเวลา	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	หน้าที่รับผิดชอบ

สิ่งที่คาดหวังจากการอบรม (โปรดอธิบายพอสังเขป)

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

ท่านทราบว่า มีหลักสูตรนี้ได้อย่างไร (โปรดระบุ)

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

ชื่อทีม/หน่วยงาน.....

สมาชิกทีมคนที่.....

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

มือถือ..... e-mail.....

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ณ สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

การศึกษา

ปีที่จบ	ระดับการศึกษา	สาขา	สถาบันการศึกษา

ประสบการณ์การทำงาน (ด้านการวิเคราะห์ ใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพ และเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ)

ระยะเวลา	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	หน้าที่รับผิดชอบ

สิ่งที่คาดหวังจากการอบรม (โปรดอธิบายพอสังเขป)

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

ท่านทราบว่า มีหลักสูตรนี้ได้อย่างไร (โปรดระบุ)

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