****

**ใบสมัครอบร****ม หลักสูตร QMR ปีงบประมาณ 2566**

รูปถ่ายหน้าตรงชัดเจน ไม่เกิน 3 เดือน

**สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)**

................................................................................................................................................................**....................**

**ส่วนที่ 1 ข้**อมูลทั่วไป

ชื่อ – สกุล ( ภาษาไทย ) โปรดระบุคำนำหน้า............................................................................

วิชาชีพ .....................................................................................................................................

ตำแหน่งปัจจุบัน ..........................................................................................................................

ที่อยู่ปัจจุบัน ...................ถนน ........................ ตำบล ............ อำเภอ ............. จังหวัด ................ รหัสไปรษณีย์.................

ชื่อโรงพยาบาล .....................................................................................................................................................................

ที่อยู่โรงพยาบาล ............................. ตำบล.......................อำเภอ ............. จังหวัด.........................รหัสไปรษณีย์ ...............

ที่อยู่ส่งเอกสาร □ ที่อยู่ปัจจุบัน □ ที่อยู่โรงพยาบาล

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ........................................ เบอร์ติดต่อที่โรงพยาบาล ...............................................

E – Mail Address….....................................................................…ID Line.........................................................

**ส่วนที่ 2 ประวัติการอบรม การศึกษา และประวัติการทำงาน**

**ท่านผ่านการอบรมหลักสูตร HA 201 ระบุรุ่น วันเดือนปี** ....................................................................................

**ประวัติการศึกษา (Education Background)**

|  |  |
| --- | --- |
| **วุฒิได้รับ / สาขา และปีที่จบ** | **สถานที่ศึกษา** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ความรู้ / การฝึกอบรมด้านระบบสุขภาพและงานคุณภาพ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ปี** | **ความรู้ / การฝึกอบรมด้านระบบสุขภาพและงานคุณภาพ** |
|  |  |
|  |  |

**ประสบการณ์การทำงานด้านคุณภาพ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ปี** | **ประสบการณ์การทำงานด้านคุณภาพ** |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

ลงชื่อผู้สมัคร................................................

 (.......................................................)

 วันที่........เดือน.................2566

**คุณสมบัติผู้เข้าอบรม**

1. มีความรู้ความเข้าใจมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)
2. มีความรู้พื้นฐานเรื่องคุณภาพ  การจัดการองค์กร  การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการประยุกต์ใช้เครื่องมือคุณภาพในการพัฒนาคุณภาพ
3. ผ่านการอบรมหลักสูตรพื้นฐานของ สรพ. เช่น HA 201
4. อยู่ในระดับบริหาร  ได้แก่ ผู้อำนวยการรพ. รองผอ. ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อน รพ” หรือมีประสบการณ์ทำงานในระดับหัวหน้างาน ขึ้นไป
5. เป็นผู้ดำรงตำแหน่งผู้จัดการ / หัวหน้าศูนย์คุณภาพ หรือเตรียมรับตำแหน่ง / อยู่ในตำแหน่งและต้องการพัฒนาความสามารถโดยมีหนังสือรับรองจากต้นสังกัด
6. ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองขั้น 3 เป็นต้นไป (ไม่หมดอายุการรับรอง)

**ขั้นตอนการสมัคร**

1. **Download ใบสมัคร** ตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม – 31 มกราคม 2566 ได้ทาง www.ha.or.th เลือกหลักสูตรฝึกอบรมหัวข้อจดหมายตอบรับและประกาศต่างๆที่เกี่ยวข้อง
2. ผู้สมัครต้องส่งใบสมัคร **โดยใช้ e-mail ของตนเองเท่านั้น** กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งใบสมัครกลับมาที่ e-mail: jittra@ha.or.th นางสาวจิตรา เกสพานิช โดยเขียนชื่อหัวข้ออีเมล์ “ใบสมัครหลักสูตร QMR”
3. **ปิดรับใบสมัคร** 31 มกราคม 2566 เวลา 24.00 น.
4. **ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือกรอบใบสมัคร** 14 กุมภาพันธ์ 2566 ทาง e-mail ของผู้สมัครโดยตรง

**หมายเหตุ**

1. เนื่องจากหลักสูตร QMR เป็นหลักสูตรที่มุ่งพัฒนาผู้ที่ทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนงานคุณภาพในสถานพยาบาล ให้มีความสามารถเป็นที่ยอมรับอย่างมืออาชีพ ทางสถาบันฯ จึงขอสงวนสิทธิ์ในการคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเท่านั้น
2. การอบรมตลอดหลักสูตร สถาบันฯ รับผิดชอบค่าลงทะเบียนตลอดหลักสูตร สำหรับค่าเดินทาง ค่าที่พักอยู่ในความรับผิดชอบของต้นสังกัดผู้เข้าอบรม
3. ผู้ได้รับคัดเลือกต้องเข้ารับการอบรมไม่น้อยกว่า 80% ของระยะเวลาการอบรม

**วันที่จัดอบรม เมษายน – มิถุนายน 2566**