



โปรตติรูป
ถ่าย
ขนาด 1.5”
(ถ่ายไว้ไม่เกิน 6
เดือน)

ใบสมัครเข้ารับการพัฒนา

หลักสูตรการพัฒนานักบริหารมหาวิทยาลัยสายวิชาการระดับสูง (นบม.) รุ่นที่ 32
APPLICATION FORM TRAINING ON UNIVERSITY EXECUTIVES DEVELOPMENT
(โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ด้วยตัวบรรจง และภาษาอังกฤษโปรดใช้ตัวพิมพ์ใหญ่)

ข้อมูลส่วนบุคคล (PERSONAL RECORD)

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/ยศ)		ชื่อเล่น	
NAME-SURNAME (MR./MRS./MISS/RANKS)		NICKNAME	
วัน/เดือน/ปีเกิด		DATE OF BIRTH	อายุ (AGE)
เลขบัตรประจำตัวประชาชน		วันหมดอายุ (EXPIRED DATE)	
หนังสือเดินทางเลขที่		วันหมดอายุ (EXPIRED DATE)	
เลขสะสมไมล์		กรุ๊ปเลือด (BLOOD GROUP)	
สถานที่เกิด		PLACE OF BIRTH	
ศาสนา		RELIGION	
โรคประจำตัว		HISTORY OF ILLNESS	
ข้อมูลการได้รับวัคซีน COVID-19 (ล่าสุด) วันที่			วัน/เดือน/ปี
ข้อมูลการติดเชื้อ COVID-19	☐ ไม่เคย	☐ เคย	วัน/เดือน/ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน		HOME ADDRESS	
ถนน		ROAD	
แขวง/ตำบล		SUBDISTRICT	
เขต/อำเภอ		DISTRICT	
จังหวัด		PROVINCE	
รหัสไปรษณีย์/ZIP CODE		โทรศัพท์/ TEL	
E-MAIL ADDRESS		โทรสาร/ FAX	
ตำแหน่งทางวิชาการ		ACADEMIC POSITION	
ตำแหน่งทางการบริหาร		ADMINISTRATIVE POSITION	
ภาควิชา		DIVISION	
คณะ/สำนัก		FACULTY/SCHOOL	
มหาวิทยาลัย/สถาบัน		UNIVERSITY	
ที่ตั้ง		OFFICE ADDRESS	
ถนน		ROAD	
แขวง/ตำบล		SUBDISTRICT	
เขต/อำเภอ		DISTRICT	
จังหวัด		PROVINCE	
รหัสไปรษณีย์/ZIP CODE		โทรศัพท์/ TEL	
E-MAIL ADDRESS		โทรสาร/ FAX	

ประวัติการรับราชการ (WORK EXPERIENCES)

เริ่มรับราชการเมื่อ (START WORKING)			
ตำแหน่งปัจจุบัน (CURRENT POSITION)			
ประเภทบุคลากร	☐ ข้าราชการ	☐ พนักงานมหาวิทยาลัย	☐ อื่นๆ ระบุ.....
สังกัด (ORGANIZATION)			
วันเกษียณอายุราชการ (RETIRE DATE)			

การดำรงตำแหน่งทางบริหารที่สำคัญ (IMPORTANT ADMINISTRATION POSITION)

โปรดระบุตำแหน่งบริหารปัจจุบันเป็นภาษาอังกฤษให้ชัดเจนและถูกต้อง

ระดับ (LEVEL)	ตำแหน่ง (POSITION)	สังกัด (ORGANIZATION)	เริ่มต้นวาระ (START OF TERM)	สิ้นสุดวาระ (END OF TERM)

ข้อมูลการศึกษา/ฝึกอบรม (EDUCATION/TRAINING EXPERIENCES)

การศึกษา (โปรดระบุวุฒิที่ได้รับตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป)

ระดับ (DEGREE)	สาขาวิชา (FIELD)	มหาวิทยาลัย/สถาบัน (UNIVERSITY/INSTITUTION)	ประเทศ (COUNTRY)
ปริญญาตรี (BACHELOR DEGREE)			
ปริญญาโท (MASTER DEGREE)			
ปริญญาเอก (DOCTORAL DEGREE)			

การฝึกอบรม/ดูงาน (ด้านการบริหาร) : โปรดระบุชื่อหลักสูตรและหน่วยงานที่จัด

TRAINING/STUDY VISIT EXPERIENCE (ADMINISTRATION) : PLEASE IDENTIFY NAME OF CURRICULUMS AND ORGANIZERS

ชื่อหลักสูตร	วัน/เดือน/ปี	หน่วยงานที่จัด

ความรู้/ความชำนาญพิเศษ (SKILL/SPECIALIZATIONS)

1.	
2.	
3.	

โครงการ/งาน ที่จะดำเนินการหลังจากเสร็จสิ้นการฝึกอบรม

(PROJECT/WORK EXPECTED TO EXECUTE DO AFTER THIS TRAINING)

1.	
2.	
3.	

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรม หลักสูตรการพัฒนานักบริหารมหาวิทยาลัยสายวิชาการ ระดับสูง (นบม.) รุ่นที่ 32 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดหลักสูตร และข้อมูลที่ระบุในเอกสารใบสมัครเป็นข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นความจริง

☐ ข้าพเจ้า ยินยอมให้สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ดำเนินการจัดเก็บ รวบรวม เก็บรักษา ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อใช้ในการบริหารจัดการ และดำเนินการฝึกอบรมหลักสูตร นบส. ของสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ทั้งนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม จะเก็บรักษาข้อมูลดังกล่าวไว้เป็นความลับ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2568

หนังสือรับรองผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร นบม. รุ่นที่ 32

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่งบริหาร.....

มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริง และยินดีสนับสนุนให้.....

.....

ตำแหน่งบริหารปัจจุบัน.....

คณะ.....มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....

เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร นบม. รุ่นที่ 32 ตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และตามเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้
ของหลักสูตร

ลงชื่อ ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2568

หมายเหตุ : ผู้ลงนามรับรองขอให้เป็นอธิการบดี หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้รักษาราชการแทน หรือปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี

แบบตอบรับการเข้าร่วมการฝึกอบรม
หลักสูตรการพัฒนานักบริหารมหาวิทยาลัยสายวิชาการระดับสูง (นบม.) รุ่นที่ 32
ระหว่างวันที่ 25 สิงหาคม – 16 ตุลาคม 2568
ณ โรงแรมพูลแมน คิง เพาเวอร์ กรุงเทพฯ

เพื่อความสะดวกในการประสานงาน และอำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมการฝึกอบรมครั้งนี้
ขอให้ท่านส่งแบบตอบรับเข้าร่วมการฝึกอบรมไปยัง กองส่งเสริมและพัฒนาทุนทางปัญญา สำนักงานปลัด
กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ทาง e-mail : training_pcdg@mhesi.go.th หรือ
ทางโทรสาร 0-2354-5540, 0-2354-5541 ภายในวันที่ 1 สิงหาคม 2568

1. ชื่อ - สกุล
ตำแหน่งทางการบริหาร.....
ADMINISTRATIVE POSITION (โปรดระบุ).....
ตำแหน่งทางวิชาการภาควิชา.....
คณะ.....มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....

2. โปรดระบุอาหาร (ตลอดการฝึกอบรม)

- ☐ ทุกประเภท
☐ อาหารอิสลาม
☐ มังสวิรัติ

แพ้อาหารประเภทใด

ข้อจำกัดอื่นๆ

(.....)

ผู้แจ้ง

โทร

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กลุ่มพัฒนาศักยภาพบุคลากร อววน. กองส่งเสริมและพัฒนาทุนทางปัญญา

ผู้ประสานงาน

นางสิริมาศ จันทวโร โทร. 0 2610 5301, 08 5488 7064

นายชัยณรงค์ แก้วกระจ่าง โทร. 0 2610-5240, 09 2561 6147

นายชิษณุพงศ์ ลิ้มจำเริญ โทร. 0 2610 5326, 08 2948 2379

นางสาวจามจุรี หารไชย โทร. 0 2610-5327, 06 2474 2254

E-mail: training_pcdg@mhesi.go.th

โทรสาร 0 2354 5540, 0 2354 5541

หมายเหตุ กรุณากรอกรายละเอียดข้อมูลในใบสมัครและแบบตอบรับ ให้ชัดเจนและครบถ้วน ทั้งนี้ สามารถ
นำส่งเอกสารการสมัคร พร้อมหนังสือแนะนำผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรมจากต้นสังกัดให้ สป.อว.
ได้ทาง E-mail: training_pcdg@mhesi.go.th ภายในวันที่ 1 สิงหาคม 2568 (ถึงวันที่
สป.อว. ลงทะเบียนรับหนังสือเป็นสำคัญ) และนำส่งเอกสารฉบับจริงให้กับ สป.อว. ต่อไป