รูปถ่ายขนาด

๑.๕”

**ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรม**

**ประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรม (สาขาการบริหารจัดการผลิตภัณฑ์สมุนไพร)**

**วิทยาลัยเภสัชกรรมสมุนไพรแห่งประเทศไทย สภาเภสัชกรรม**

๑. **ชื่อ-นามสกุล** ของผู้สมัคร ..................................................................................................................................................

๒. อายุ..................................ปี เพศ............................... สัญชาติ....................................

๓. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม........................................................................................................................

๔. **ตำแหน่ง**ในวิชาชีพ ตำแหน่งบริหารหรือหรือตำแหน่งวิชาการ (ถ้ามี) ................................................................................

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

๕. **สังกัดหน่วยงาน**.................................................................................................................................................................

 ที่ตั้งหน่วยงานเลขที่.............................อาคาร.............................................หมู่บ้าน..........................................................

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

 รหัสไปรษณีย์........................................................โทรศัพท์................................................โทรสาร...................................

๖. **ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้สะดวก**

 ที่ตั้งหน่วยงานเลขที่.............................อาคาร.............................................หมู่บ้าน..........................................................

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

 รหัสไปรษณีย์........................................................โทรศัพท์............................................โทรสาร.......................................

๘. **คุณวุฒิการศึกษา**

- ระดับปริญญาตรี ชื่อปริญญาบัตร...............................................................สาขาวิชา....................................................

 ชื่อสถาบันการศึกษา.......................................................................................ประเทศ....................................................

* ระดับปริญญาโท ชื่อปริญญาบัตร...............................................................สาขาวิชา....................................................

 ชื่อสถาบันการศึกษา.......................................................................................ประเทศ....................................................

* ระดับปริญญาเอก ชื่อปริญญาบัตร...............................................................สาขาวิชา....................................................

 ชื่อสถาบันการศึกษา.......................................................................................ประเทศ....................................................

- อื่น ๆ ..............................................................................................................................................................................

๙. **ประสบการณ์การทำงาน**

 ๑) ตำแหน่ง ……………………….…….........................................หน่วยงาน.............................................................................

 ระยะเวลา..............................ปี

 ๒) ตำแหน่ง ……………………….…….........................................หน่วยงาน.............................................................................

 ระยะเวลา..............................ปี

 ๓) ตำแหน่ง ……………………….…….........................................หน่วยงาน.............................................................................

 ระยะเวลา..............................ปี ๑๐. **วัตถุประสงค์และความคาดหวัง**ในการเข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตร

 ๑) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ๒) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………

 ๓) ………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………

๑๑. **คุณสมบัติตามประกาศของหลักสูตร** (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ❒ ที่ตรงกับคุณสมบัติ)

 เป็นผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่ยังมีผล

  ไม่เคยถูกลงโทษหรือมีมลทินมัวหมองในเรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพในระยะเวลา ๒ ปีก่อนสมัครเข้ารับการอบรม

 **ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรม (สาขาการบริหารจัดการผลิตภัณฑ์สมุนไพร) ของวิทยาลัยเภสัชกรรมสมุนไพรแห่งประเทศไทย สภาเภสัชกรรม และขอรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติ ลักษณะที่พึงประสงค์ และไม่มีลักษณะต้องห้ามดังกล่าวไว้ข้างต้นจริง และขอรับรองว่าข้อความในใบสมัครนี้ถูกต้องเป็นจริงทุกประการ หากคณะกรรมการตรวจสอบพบว่าข้อความไม่ถูกต้องเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การสมัคร**

ขอรับรองว่าข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.........................................................................ผู้สมัคร

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

วันที่ ..........................................................................

**หมายเหตุ\***

1. ทุกข้อสามารถพิมพ์ข้อมูลเพิ่มได้
2. กรณีคณะกรรมการประสงค์จะขอเอกสารเพิ่มเติมจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบ

๓. กรุณาวางไฟล์รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตาเลนส์สีเข้ม ขนาดรูป ๑.๕ นิ้ว ในกรอบมุมบน ด้านขวามือของใบสมัครแผ่นแรก ลงลายมือชื่อและบันทึกเป็นไฟล์ PDF

๔. พิมพ์หรือเขียนข้อความว่า “สำเนาถูกต้องและขอใช้เป็นหลักฐานในการสมัคร” และลงลายมือชื่อ ในหลักฐานประกอบการสมัครทุกแผ่น แสกนและบันทึกเป็นไฟล์ PDF ก่อนนำส่งใบสมัคร

๕. กำหนดชื่อไฟล์ PDF ที่บันทึกเป็นชื่อและนามสกุลผู้สมัครเป็นภาษาไทย