



แบบแจ้งรายชื่อเภสัชกรเพื่อแต่งตั้งเป็นผู้แทนสภาเภสัชกรรมประจำจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สถานที่ติดต่อ

โทรศัพท์ โทรสาร E-mail:

ขอแจ้งรายชื่อเภสัชกรเพื่อแต่งตั้งเป็นผู้แทนสภาเภสัชกรรมประจำจังหวัด ดังนี้

๑. เภสัชกรจากโรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ เลขที่ ภ.

ตำแหน่ง

หน่วยงานที่สังกัด

สถานที่ติดต่อ

โทรศัพท์..... โทรสาร โทรศัพท์เคลื่อนที่

E-mail: Line ID:

๒. เภสัชกรจากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

ชื่อ-นามสกุล ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ เลขที่ ภ.

ตำแหน่ง

หน่วยงานที่สังกัด

สถานที่ติดต่อ

โทรศัพท์ โทรสาร โทรศัพท์เคลื่อนที่

E-mail: Line ID:

ลงชื่อ ผู้แจ้ง

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.



สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม

สถานที่ติดต่อ เลขที่ ๘๘/๒๐ อาคาร ๖ ชั้น ๗ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๑๘๗๗, ๐ ๒๕๕๐ ๒๔๓๙ โทรสารอัตโนมัติ ๐ ๒๕๕๑ ๘๒๕๘ E-mail: pharthetai@pharmacycouncil.org Website: <https://www.pharmacycouncil.org>