



ประกาศคณะกรรมการอำนวยการเลือกตั้งกรรมการสภาเภสัชกรรม

ที่ ๑๑ /๒๕๖๗

เรื่อง หลักเกณฑ์ และวิธีการขอใบแทนบัตรเลือกตั้ง สำหรับสมาชิกผู้ที่ได้รับสิทธิลงคะแนน
ด้วยวิธีบัตรเลือกตั้ง (Paper vote)

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการขอใบแทนบัตรเลือกตั้ง สำหรับสมาชิกผู้ที่ได้รับสิทธิ
ลงคะแนนด้วยวิธีบัตรเลือกตั้ง (Paper vote) ให้เป็นไปอย่างเรียบร้อย

คณะกรรมการอำนวยการเลือกตั้งกรรมการสภาเภสัชกรรม ในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๗ เมื่อวันที่
๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๗ จึงกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการขอใบแทนบัตรเลือกตั้ง สำหรับสมาชิกผู้ที่ได้รับสิทธิ
ลงคะแนนด้วยวิธีบัตรเลือกตั้ง (Paper vote) รายละเอียดตามหลักเกณฑ์ และวิธีการขอใบแทนบัตรเลือกตั้ง
ที่แนบท้ายประกาศฉบับนี้

จึงขอประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(รองศาสตราจารย์ ดร. เภสัชกรสุรกิจ นาชีสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการอำนวยการเลือกตั้งกรรมการสภาเภสัชกรรม



หลักเกณฑ์ และวิธีการขอใบแทนบัตรเลือกตั้งกรรมการสภาเภสัชกรรม วาระที่ 11 (พ.ศ. 2568-2570)

สมาชิกผู้ที่ได้รับสิทธิลงคะแนนด้วยบัตรเลือกตั้ง (Paper vote) ใช้สิทธิลงคะแนนได้ตั้งแต่วันที่ 11 กันยายน 2567 เวลา 08.30 น. ถึงวันที่ 11 ตุลาคม 2567 เวลา 15.00 น.

ทั้งนี้หากถึงวันที่ 13 กันยายน 2567 แล้วท่านยังไม่ได้รับบัตรเลือกตั้ง ท่านสามารถยื่นคำขอใบแทนบัตรเลือกตั้ง ได้ตั้งแต่วันที่ 13 กันยายน – 3 ตุลาคม 2567 เวลา 15.00 น. ไม่เสียค่าธรรมเนียม

วิธีการยื่นคำขอใบแทนบัตรเลือกตั้ง ทำได้ 2 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 ยื่นคำขอทาง Email : election@pharmacycouncil.org โดยส่งไฟล์คำขอใบแทนบัตรเลือกตั้ง พร้อมแนบไฟล์ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

วิธีที่ 2 ยื่นคำขอด้วยตนเองที่สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ในวัน และเวลาราชการ 08.30-16.30 น.

วิธีการได้รับใบแทนบัตรเลือกตั้ง มี 3 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 ไปรษณีย์ ใบแทนบัตรเลือกตั้ง จะถูกส่งมาให้ท่านทางไปรษณีย์ลงทะเบียนด่วนพิเศษ : ท่านจะได้รับใบแทนบัตรเลือกตั้งภายในไม่เกิน 3 วันนับจากวันที่เจ้าหน้าที่ได้รับคำขอของท่าน และตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยแล้ว

วิธีที่ 2 Email ไฟล์ใบแทนบัตรเลือกตั้ง จะถูกส่งมาให้ท่านทาง Email ที่ท่านยื่นคำขอไป ท่านจะได้รับไฟล์ใบแทนบัตรเลือกตั้งภายในไม่เกิน 48 ชั่วโมงนับจากเวลาที่เจ้าหน้าที่เปิด Email และตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยแล้ว

วิธีที่ 3 รับด้วยตนเองที่สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี : ท่านจะได้รับใบแทนบัตรเลือกตั้งภายในไม่เกิน 10 นาทีนับจากเวลาที่เจ้าหน้าที่ได้รับคำขอของท่าน และตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยแล้ว

วิธีการลงคะแนนด้วยใบแทนบัตรเลือกตั้ง

เมื่อท่านได้รับใบแทนบัตรเลือกตั้งให้อ่านข้อกำหนดให้เข้าใจก่อนเริ่มทำเครื่องหมายเลือกผู้สมัครได้ไม่เกิน 12 คน และลงลายมือชื่อท้ายใบแทนบัตรเลือกตั้ง จากนั้นให้พับครึ่งใบแทนบัตรเลือกตั้ง โดยไม่ต้องติดเทปใสหรือใช้ลวดเย็บ ให้ใบแทนบัตรเลือกตั้งนั้นลงในซองจดหมายที่ส่งไปให้ปิดผนึก ส่งกลับไปให้ถึงประธานฯ ภายในวันที่ 11 ตุลาคม 2567 เวลา 15.00 น. ทั้งนี้หากภายหลังท่านพบบัตรเลือกตั้งฉบับจริง ไม่ต้องส่งบัตรเลือกตั้งกลับไปลงคะแนนอีก



คำขอลงคะแนนด้วยใบแทนบัตรเลือกตั้ง



คำขอใบแทนบัตรเลือกตั้งกรรมการสภาเภสัชกรรม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2567

ชื่อ นามสกุล (ภก./ภญ.)ใบอนุญาตฯ เลขที่ ภ.

เลขประจำตัวประชาชน ----

วัน เดือน ปีเกิด (พุทธศักราช)/...../ พ.ศ.

เป็นผู้สิทธิเลือกตั้งตามรายชื่อที่ประกาศไว้ และได้รับสิทธิลงคะแนนเลือกตั้งด้วยบัตรเลือกตั้ง (Paper vote)

มีความประสงค์จะขอใบแทนบัตรเลือกตั้ง เนื่องจาก

โปรดออกใบแทนบัตรเลือกตั้งให้ข้าพเจ้า และส่งให้ข้าพเจ้าโดย (โปรดระบุเพียง 1 ช่องทาง ที่ต้องการเลือก)

❶ ส่งใบแทนบัตรเลือกตั้งไปให้ทางไปรษณีย์ไป ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์เคลื่อนที่..... Email:.....

❷ Email:

❸ รับด้วยตนเอง ณ สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้าได้แนบ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมาให้ด้วยแล้ว และขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ข้าพเจ้าได้รับใบแทนบัตรเลือกตั้งเรียบร้อยแล้ว

ลงลายมือชื่อ

วันเดือนปีที่ได้รับ/...../ 2567

ประธานคณะกรรมการอำนวยการเลือกตั้งกรรมการสภาเภสัชกรรม

สภาเภสัชกรรม อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 88/19 ม.4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

Email : election@pharmacycouncil.org โทรศัพท์ 0 2591 9992 กด 3 หรือ 7 หรือ 0

