



คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) ตัวบรรจง.....อายุ.....ปี

Mr./Miss/Mrs.เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

① อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

② สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

สำเร็จซึ่งการศึกษาจากสถาบันการศึกษา.....ประเทศ.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... Email :

เป็นสมาชิกสภาเภสัชกรรม เลขทะเบียน.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

③ ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเภสัชกรรมติดต่อ เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีความรู้และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม และข้าพเจ้า

 เคย เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ไม่เคยถูกเพิกถอนใบอนุญาต

เคยยื่นคำขอรับใบอนุญาตครั้งแรก เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ใบอนุญาต.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

พร้อมนี้ ได้แนบหลักฐานตามข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยการขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

เภสัชกรรมมาพร้อมคำขอนี้ เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- (1) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
- (2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- (3) หนังสือรับรองผลการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม รายบุคคล จากศูนย์สอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนฯ สภาเภสัชกรรม จำนวน 1 ฉบับ
- (4) สำเนาปริญญาบัตร สาขาเภสัชศาสตร์บัณฑิต หรือหลักฐานรับรองการสำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตร์จาก มหาวิทยาลัย จำนวน 1 ฉบับ
- (5) สำเนาคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต (กรณีเคยถูกเพิกถอนใบอนุญาต) จำนวน 1 ฉบับ
- (6) ใบรับรองแพทย์ จำนวน 1 ฉบับ
- (7) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ทำปกติ ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 ใบ
- (8) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

* ข้าพเจ้าได้ส่งค่าธรรมเนียมขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ จำนวน 5,000 บาท พร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว

เมื่อดำเนินการแล้วเสร็จ โปรดส่งกลับตามที่อยู่ที่ต้องการให้ติดต่อข้อ ③ พร้อมนี้ได้ชำระค่าไปรษณีย์ เป็นเงิน 100 บาท มาด้วยแล้ว

* ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลงชื่อ/สกุล ข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม ปรับเปลี่ยนชื่อ/สกุล ได้ตามทะเบียนของกรมการปกครอง

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)