



คำขอมิบัตรประจำตัวผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อและนามสกุล (นาย/นาง /นางสาว) : ใบอนุญาตฯ เลขที่ ภ.
ศาสนา : เชื้อชาติ สัญชาติ สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัย :
Email : โทรศัพท์เคลื่อนที่ :

โปรดทำเครื่องหมาย หน้าหมายเลข สถานที่ที่ต้องการให้สภาเภสัชกรรมติดต่อ เลือกช่องทางเดียว ① ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน โปรดกรอก รหัสไปรษณีย์ของที่อยู่ตามบัตรประชาชน :

หมู่บ้าน/อาคาร (ถ้ามี) : ตรอก/ซอย..... ถนน

 ② สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน : เลขที่..... หมู่ที่.....

หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์..... โทรศัพท์สาร.....

 ③ สถานที่ติดต่ออื่น (ถ้ามี) : เลขที่..... หมู่ที่.....

หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์..... โทรศัพท์สาร.....

หลักฐานที่ต้องใช้ : (1) บัตรประจำตัวประชาชน เท่านั้น (2) ใช้ภาพถ่ายจากบัตรประจำตัวประชาชน เท่านั้นค่าธรรมเนียม : 1. กรณีขอทำบัตรฯ ใบแรก ไม่เสียค่าธรรมเนียม 2. กรณีขอทำบัตรฯ ใหม่ สูญหาย/ชำรุด/หมดอายุ ค่าธรรมเนียม 200 บาท ขอทำบัตรฯ ใบแรก ขอทำบัตรฯ ใบใหม่ ก่อนบัตรหมดอายุ บัตรหมดอายุ สูญหาย/ชำรุด

หมายเหตุ : ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ใดประสงค์ จะขอบัตรประจำตัวให้แสดงตนพร้อมยื่นคำขอตามแบบที่กำหนดไว้ท้ายข้อบังคับนี้ และแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อเลขาธิการหรือเจ้าหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมาย

บัตรประจำตัวผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ใช้ทำอะไร.. บัตรประจำตัวใช้เป็นหลักฐานแสดงตนในการติดต่อกับสภาเภสัชกรรม และใช้เป็น

หลักฐานในการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม รวมทั้งใช้แสดงว่าผู้ถือบัตรเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

(อ้างอิง : ข้อ 7 แห่งข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยบัตรประจำตัวผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2558)

ได้รับบัตรฯ แล้ว

ลงชื่อ ผู้รับบัตร

(.....)