



คำขอรับการประเมินความรู้ทางการศึกษาต่อเนื่อง โดยการสอบความรู้กฎหมาย  
เพื่อเก็บหน่วยกิตส่วนที่ขาดในรอบปีการศึกษาต่อเนื่อง 5 ปี (รอบที่ 1) (พ.ศ.2558 - พ.ศ.2562)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

ชื่อ นามสกุล (ภก./ภญ.)..... อายุ.....ปี

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ได้รับใบอนุญาตฯ เลขที่ ภ. ....

โปรดระบุที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ .....

เลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ..... Email .....

ปัจจุบันข้าพเจ้า มีการเก็บสะสมหน่วยกิต รอบปีการศึกษาต่อเนื่อง 5 ปี (รอบที่ 1) (พ.ศ.2558 - พ.ศ.2562)  
จำนวน .....หน่วยกิต ซึ่งหน่วยกิตยังขาดจาก 100 หน่วยกิตอยู่จำนวน ..... หน่วยกิต จึงมีความประสงค์  
ขอรับการประเมินความรู้ โดยการสอบความรู้กฎหมาย ข้อสอบชุดที่ 1 กรณีขาดหน่วยกิต 00.00 – 50.00 หน่วยกิต

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอเลือกวันที่ต้องการเข้ารับการประเมินโดยการทำข้อสอบ ณ ห้องประชุมสภาเภสัชกรรม  
ชั้น 10 อาคารสภาวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี เลือกเพียง 1 วัน และสมัครล่วงหน้าอย่างน้อย 5 วัน  
ก่อนวันเข้ารับการประเมิน ดังนี้

- วันที่ 19 มิถุนายน 2563  วันที่ 17 กรกฎาคม 2563  วันที่ 21 สิงหาคม 2563  วันที่ 18 กันยายน 2563  
 วันที่ 16 ตุลาคม 2563  วันที่ 20 พฤศจิกายน 2563  วันที่ 18 ธันวาคม 2563

พร้อมแนบใบโอนเงิน 200 บาท เข้าบัญชี ชื่อบัญชี สภาเภสัชกรรม ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ สาขา กระทรวงสาธารณสุข



ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 340 - 2 - 01454 - 8 หรือ



ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 142 - 1 - 06705 - 6

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)