



คำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยงานในเครือข่ายเพื่อจัดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม

ชื่อหน่วยงาน สังกัด

<input type="checkbox"/> องค์กรวิชาชีพ/สมาคม <input type="checkbox"/> หน่วยงานอื่นระบุ.....	<input type="checkbox"/> คณะเภสัชศาสตร์/สำนักวิชาเภสัชศาสตร์/วิทยาลัย	<input type="checkbox"/> ส่วนราชการระดับกอง กรม หรือเทียบเท่า
ปี พ.ศ.ที่จัดตั้ง..... จำนวนสมาชิก คน	จำนวนอาจารย์ประจำ ในสังกัด..... คน	จำนวนเภสัชกรประจำ ในสังกัด..... คน

ชื่อหัวหน้าหน่วยการศึกษาต่อเนื่องคำนำหน้า/วิชาการ ภก.ภญ./ชื่อ นามสกุล

ตำแหน่งในหน่วยงาน..... หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่.....

โทรศัพท์หน่วยงาน Email

ที่อยู่หน่วยงาน เลขที่/หมู่.....อาคาร/ชั้น

ซอย/ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ..... จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์หน่วยงาน Website

คุณลักษณะของหน่วยงานในเครือข่าย	ความพร้อมของหน่วยงานของท่าน
<input type="checkbox"/> มีศักยภาพในการจัดการศึกษาต่อเนื่องในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> มีระบบสารสนเทศ/บุคลากรที่พร้อมให้การสนับสนุนการจัดการศึกษาต่อเนื่อง
<input type="checkbox"/> เป็นหน่วยงานในเครือข่ายของสถาบันหลักใดเพียงสถาบันเดียว	
<input type="checkbox"/> ต้องมีการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยงานในเครือข่ายต่อสถาบันหลัก และจัดกิจกรรมภายใต้ชื่อของสถาบันหลัก	

ประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง ช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ให้ระบุชื่อการประชุมวิชาการและ/หรือชื่อวารสารทางวิชาการ)

กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง	ปี 2562	ปี 2563
1.การประชุมวิชาการ
2.วารสารทางวิชาการ (ที่ออกโดยหน่วยงาน)

ยินดีที่จะเป็นหน่วยงานในเครือข่ายของสถาบันหลักเพียงแห่งเดียว คือ

ติดต่อกับบุคคลในสถาบันหลัก หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ตำแหน่งหัวหน้าหน่วยการศึกษาต่อเนื่อง

ตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน

วันที่.....

วันที่.....

ติดต่อศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม เลขที่ 88/19 หมู่ 4 อาคารสภาวิชาชีพ ชั้น 8

กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 080 825 8082 Email : ccpe@pharmacycouncil.org