

ขั้นตอนการยื่นแบบใบคำขอ ผ่านระบบ E-SERVICE

คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
เภสัชกรรม (สภ.17)

ขั้นตอนที่ 1 เข้าไปที่เว็บไซต์ศูนย์สอบความรู้ฯ สภาเภสัชกรรม WWW.PLECENTER.ORG เพื่อดูประกาศผลสอบ

www.plecenter.org

ศูนย์สอบความรู้ สภาเภสัชกรรม
Pharmacy License Examination Center

กรอกเลขบัตรประจำตัวประชาชน รหัสผู้สอบ และ กดปุ่ม "ตรวจสอบผลการสอบ"

การ | ข้อมูลที่น่าสนใจ | ลงทะเบียนสอบ | ประกาศผลสอบ | ติดต่อสอบถาม

ประกาศผลสอบ

ประกาศผลสอบผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

รหัสประจำตัวผู้สอบ

ผลสอบ

การสอบความรู้ฯ ครั้งที่ 3/2555 ขณะนี้มีผลสอบรวมทั้งสิ้น 673 คน จากจำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด 673 คน
การสอบความรู้ฯ ครั้งที่ 4/2555 ขณะนี้มีผลสอบรวมทั้งสิ้น 664 คน จากจำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด 669 คน
การสอบความรู้ฯ ครั้งที่ 53-54 ขณะนี้มีผลสอบรวมทั้งสิ้น 572 คน จากจำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด 572 คน
การสอบความรู้ฯ ครั้งที่ 5/2555 ขณะนี้มีผลสอบรวมทั้งสิ้น 620 คน จากจำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด 620 คน
การสอบความรู้ฯ ครั้งที่ 1/2556 ขณะนี้มีผลสอบรวมทั้งสิ้น 2359 คน จากจำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด 2374 คน
การสอบความรู้ฯ ครั้งที่ 2/2556 ขณะนี้มีผลสอบรวมทั้งสิ้น 1887 คน จากจำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด 1891 คน
การสอบความรู้ฯ ครั้งที่ 3/2556 ขณะนี้มีผลสอบรวมทั้งสิ้น 824 คน จากจำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด 830 คน
การสอบความรู้ฯ ครั้งที่ 4/2556 ขณะนี้มีผลสอบรวมทั้งสิ้น 697 คน จากจำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด 705 คน
การสอบความรู้ฯ ครั้งที่ 1/2557 ขณะนี้มีผลสอบรวมทั้งสิ้น 1409 คน จากจำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด 1419 คน
การสอบความรู้ฯ ครั้งที่ 2/2557 ขณะนี้มีผลสอบรวมทั้งสิ้น 1607 คน จากจำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด 1627 คน

ขั้นตอนการลงทะเบียนสอบ

วิธีลงทะเบียนสอบ
Print Pay Slip
ยืนยันการชำระเงิน
พิมพ์ใบแสดงสิทธิ์
>> [อ่านต่อ](#)

เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง

- สภาเภสัชกรรม
- ศูนย์เภสัชสนเทศ
- สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)
- องค์การเภสัชกรรม
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

[ดูทั้งหมด >>](#)

ขั้นตอนที่ 2 ที่เมนูบริการยื่นคำขอผ่าน E-SERVICE ให้กดปุ่มเขียนใบคำขอ

ประกาศผลสอบผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

รหัสประจำตัวผู้สอบ

ชื่อผู้สอบ

[ออกจากระบบ](#)

ผลสอบ

การสอบความรู้ ครั้งที่ 3/2555

การสอบความรู้ ครั้งที่ 5/2555

บริการยื่นคำขอผ่าน E-Service

เลือกประเภทใบคำขอ

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสอบได้ที่ศูนย์สอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนฯ
โทร.02-218-8284, Fax : 02-251-6427

ติดต่อสอบถามการขอขึ้นทะเบียนฯ ได้ที่สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม
โทร. 02 - 5901877, FAX : 02-5902439

กดปุ่ม "เขียนใบคำขอ"

****ผู้ที่สอบไม่ผ่านจะไม่เห็นเมนูบริการยื่นคำขอผ่าน E-Service และไม่สามารถเขียนใบคำขอได้**

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบ/กรอกข้อมูลผู้ยื่นใบคำขอ

คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

เขียนที่ E-Service ใบคำขอเลขที่ - วันที่ 2 มี.ค. 2016

เลขบัตรประจำตัวประชาชน *

เลขประจำตัวผู้สอบ

ขั้นตอนที่ 1. ตรวจสอบข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

คำนำหน้าชื่อ (TH) ชื่อ (TH) นามสกุล (TH)
คำนำหน้าชื่อ (EN) ชื่อ (EN) นามสกุล (EN)
เกิดวันที่ สัญชาติ อายุ ปี
สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัย ปีการศึกษา

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน

| | | |
|----------------------------|-------------------|-------------|
| บ้านเลขที่ * | หมู่ที่ | ต.รอก/ชอย |
| ถนน | ตำบล/แขวง * | อำเภอ/เขต * |
| จังหวัด | | |
| ที่อยู่ติด | | |
| บ้านเลขที่ | | ต.รอก/ชอย |
| ถนน | | อำเภอ/เขต * |
| จังหวัด - เลือกจังหวัด - * | รหัสไปรษณีย์ * | โทรศัพท์ |
| มือถือ * | | |
| สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน | | |
| สาขาการปฏิบัติงานหลัก - | สาขาการปฏิบัติงาน | |
| เลขที่ | หมู่ที่ | ต.รอก/ชอย |
| ถนน | ตำบล/แขวง | อำเภอ/เขต |
| จังหวัด - เลือกจังหวัด - | รหัสไปรษณีย์ | โทรศัพท์ |

กรอกข้อมูลผู้ยื่นใบคำขอแล้วกดปุ่ม
“ดำเนินการต่อ”

ดำเนินการต่อ

ขั้นตอนที่ 4 กรอกข้อมูลหลักฐานฯ แนบไฟล์เอกสารและไฟล์ภาพถ่ายหน้าตรง

ขั้นตอนที่ 2. มีความประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและไว้ในอนุภาคเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีความรู้และมีความรับผิดชอบตามที่กำหนดตามกฎเกณฑ์ว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม และพร้อมนี้ ได้แนบหลักฐานตามข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยการขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมมาพร้อมคำขออนี้ เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- (2) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
- (3) หนังสือรับรองการศึกษา หรือ สำเนาปริญญาบัตร จำนวน 1 ฉบับ
- (4) สำเนาใบแจ้งผลการสอบผ่านความรู้ ราชบัณฑิต
- (5) ใบรับรองแพทย์ (ตามแบบฟอร์มของสภาเภสัชกรรม)
- (6) ไฟล์ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตา ค่า ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน
- (7) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ไฟล์เอกสารหลักฐาน

No file chosen

กรุณานำแนบไฟล์เอกสารหลักฐานตามที่ระบุไว้ข้างต้นให้ครบถ้วนในรูปแบบ .pdf (รวมเอกสารทั้งหมดอยู่ในไฟล์เดียวกัน)



ไฟล์ภาพถ่ายหน้าตรง *

No file chosen

ไฟล์นามสกุล .jpg ขนาด 500x600px เท่านั้น สัดส่วนความกว้างและความสูงใบหน้ามีขนาด 50% และ 60-70% ตามลำดับ (ดูตัวอย่างรูปภาพ)

ค่าธรรมเนียม 5000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

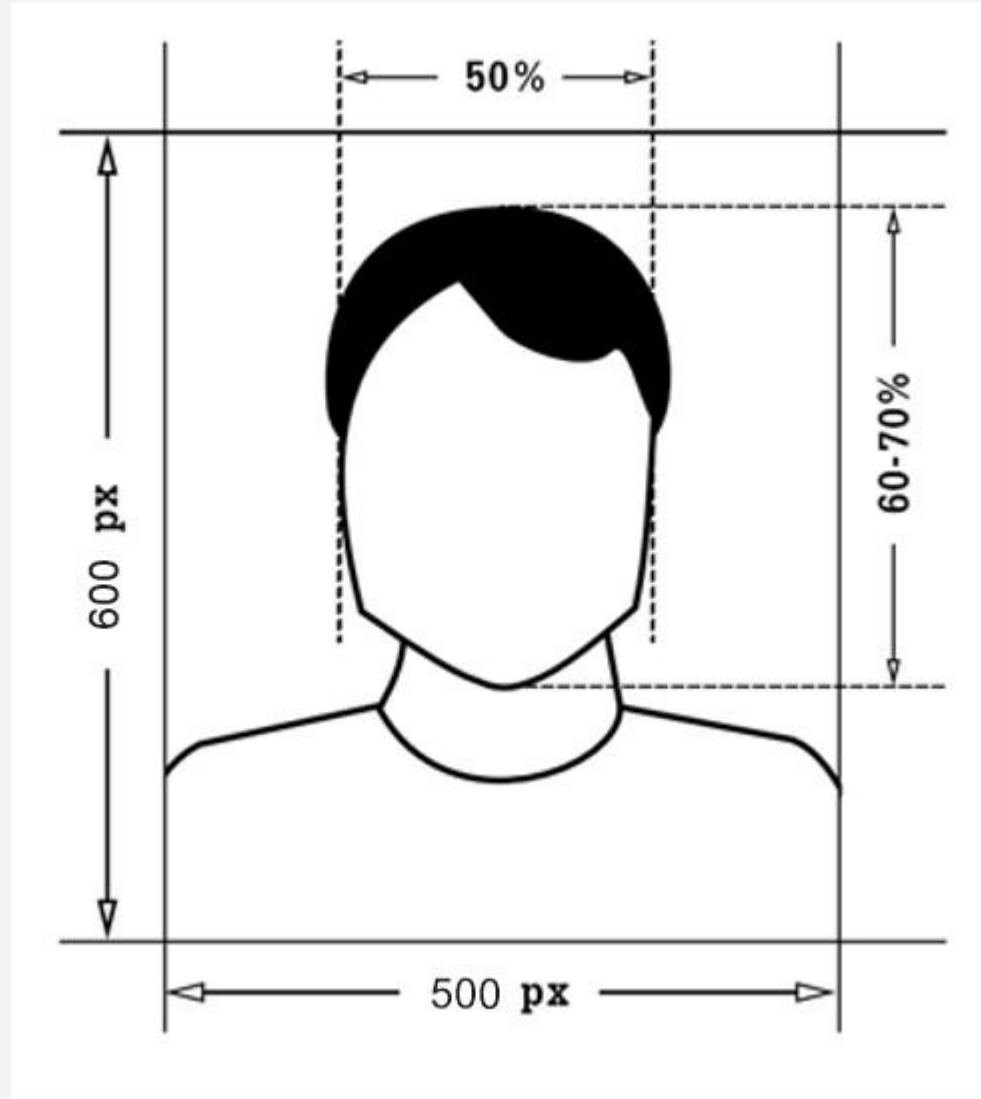
ข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆ ข้าพเจ้าได้ทำการสมัครเพื่อจับฉลากใช้ทุนรัฐบาล

**ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลงชื่อ/สกุล ข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม ปรับเปลี่ยนชื่อ/สกุลได้ ตามทะเบียนของกรมการปกครอง

กรอกข้อมูลหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

- คลิกเลือกรายการเอกสารลำดับที่ (1)-(6) และ (7) ถ้ามี
- อัปโหลดไฟล์เอกสาร ให้รวมเอกสารทั้งหมดอยู่ในไฟล์เดียวกันในรูปแบบ .pdf
- อัปโหลดไฟล์ภาพถ่ายหน้าตรง ไฟล์นามสกุล .jpg ขนาด 500x600px
- กรณีจับฉลากใช้ทุน ให้คลิกเลือกในช่อง “ข้าพเจ้าได้ทำการสมัครเพื่อจับฉลากใช้ทุนรัฐบาล” ด้วย
- เมื่อกรอกเสร็จแล้วให้กดปุ่ม “ยืนยันการยื่นใบคำขอ”

ตัวอย่างไฟล์ภาพถ่ายหน้าตรง



ขั้นตอนที่ 5 พิมพ์ใบคำขอ (เฉพาะกรณีส่งหลักฐานทางไปรษณีย์)

ขั้นตอนที่ 2. มีความประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสหกรณ์ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีความรู้และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพสหกรณ์ และพร้อมนี้ ได้แนบหลักฐานตามข้อบังคับสหกรณ์ว่าด้วยการขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพสหกรณ์มาพร้อมคำขอนี้ เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- (2) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
- (3) หนังสือรับรองการศึกษา หรือ สำเนาปริญญาบัตร จำนวน 1 ฉบับ
- (4) สำเนาใบแจ้งผลการสอบผ่านความรู้ รายบุคคล
- (5) ใบรับรองแพทย์ (ตามแบบฟอร์มของสหกรณ์)
- (6) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว 4 รูปสี่เหลี่ยมจัตุรัส ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน
- (7) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ไฟล์เอกสารหลักฐาน No file chosen
กรุณาแนบไฟล์เอกสารหลักฐานตามที่ระบุไว้ข้างต้นไว้ครบถ้วนในรูปแบบ .pdf (รวมเอกสารทั้งหมดอยู่ในไฟล์เดียวกัน)

ไฟล์ภาพถ่ายหน้าตรง * No file chosen
ไฟล์นามสกุล .jpg ขนาด 500x500px เท่านั้น สีส่วนความกว้างและความสูงในหน้ามีขนาด 50% และ

ค่าธรรมเนียม บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆ ข้าพเจ้าได้ทำการสมัครเพื่อจัดฉากโพ้นทางรัฐบาล

**ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลงชื่อ/สกุล ข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานเลขานุการสหกรณ์ ปรับเปลี่ยนชื่อ/สกุลได้ ตามทะเบียนของกรมการปกครอง

เมื่อชำระค่าธรรมเนียมใบคำขอเรียบร้อยแล้ว ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลการชำระเงินของท่านได้ภายในวันทำการถัดไป ในกรณีพบว่าข้อมูลการชำระเงินไม่ถูกต้อง กรุณาแจ้งยืนยันการชำระเงินโดยการแนบไฟล์สำเนาใบชำระเงิน

ไฟล์สำเนาใบชำระเงิน No file chosen ขนาดไม่เกิน 250 k

หมายเหตุ

- เงื่อนไขการชำระเงินและคืนเงิน

- หากทำการชำระเงินผิด สหกรณ์สหกรณ์ จะไม่รับผิดชอบใดๆ ทั้งสิ้น
- สหกรณ์สหกรณ์ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่คืนเงินแก่ผู้ยื่นคำขอไม่ว่ากรณีใดๆ
- โปรดเก็บเอกสารการโอนเงินเพื่อเป็นหลักฐานในการชำระเงิน

- การกรอกข้อมูล

- กรุณากรอกข้อมูลอย่างครบถ้วนและถูกต้อง การกรอกข้อมูลผิดพลาดจะมีผลให้การยื่นคำขอเป็นโมฆะ

ขั้นตอนที่ 6 พิมพ์ใบชำระเงิน

ขั้นตอนที่ 2. มีความประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพสหกรณ์ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีความรู้และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพสหกรณ์ และพร้อมนี้ ได้แนบหลักฐานตามข้อบังคับสหกรณ์ว่าด้วยการขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพสหกรณ์มาพร้อมคำขออนุญาต เพื่อให้ประกอบการพิจารณา คือ

- (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- (2) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
- (3) หนังสือรับรองการศึกษา หรือ สำเนาปริญญาบัตร จำนวน 1 ฉบับ
- (4) สำเนาใบแจ้งผลการสอบผ่านความรู้ รายบุคคล
- (5) ใบรับรองแพทย์ (ตามแบบฟอร์มของสหกรณ์)
- (6) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว 4 รูป 3 นิ้ว 4 รูป 2 นิ้ว ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน
- (7) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ไฟล์เอกสารหลักฐาน No file chosen
กรุณาแนบไฟล์เอกสารหลักฐานตามที่ระบุไว้ข้างต้นให้ครบถ้วนในรูปแบบ .pdf (รวมเอกสารทั้งหมดอยู่ในไฟล์เดียวกัน)

ไฟล์ภาพถ่ายหน้าตรง * No file chosen
ไฟล์นามสกุล .jpg ขนาด 500x500px เท่านั้น สัดส่วนความกว้างและความสูงในหน้ามีขนาด 50% และ 60%

ค่าธรรมเนียม บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆ ข้าพเจ้าได้ทำการสมัครเพื่อจัดตั้งสหกรณ์ในภูมิลำเนา

**ในกรณีที่ใช้ข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลงชื่อ/สกุล ข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานเลขาธิการสหกรณ์ฯ สามารถเปลี่ยนแปลงชื่อ/สกุลได้ ตามทะเบียนของกรมการปกครอง

เมื่อชำระค่าธรรมเนียมใบคำขอเรียบร้อยแล้ว ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลการชำระเงินของท่านได้ภายในวันทำการถัดไป ในกรณีพบว่าข้อมูลการชำระเงินไม่ถูกต้อง กรุณาแจ้งยืนยันการชำระเงินโดยการแนบไฟล์สำเนาใบชำระเงิน

ไฟล์สำเนาใบชำระเงิน No file chosen ขนาดไม่เกิน 250 k

หมายเหตุ

- เงื่อนไขการชำระเงินและคืนเงิน**

- หากทำการชำระเงินผิด สหกรณ์สหกรณ์ จะไม่รับผิดชอบใดๆ ทั้งสิ้น
- สหกรณ์สหกรณ์ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่คืนเงินแก่ผู้ยื่นคำขอไม่ว่ากรณีใดๆ
- โปรดเก็บเอกสารการโอนเงินเพื่อเป็นหลักฐานในการชำระเงิน

- การกรอกข้อมูล**

- กรุณากรอกข้อมูลอย่างครบถ้วนและถูกต้อง การกรอกข้อมูลผิดพลาดจะมีผลให้การยื่นคำขอเป็นโมฆะ

กดปุ่ม "พิมพ์ใบชำระเงิน"

ตัวอย่างใบชำระเงิน

ใบนำฝากชำระเงินค่าสินค้าหรือบริการ (Bill Payment Pay-In Slip)

สำหรับลูกค้า / For Customer



คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบ
วิชาชีพเภสัชกรรม
สำนักงานเลขาธิการเภสัชกรรม อาคาร 6 ชั้น 7 ตึกสำนักงาน
ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบล
ตลาดขวัญ อำเภอเมือง จ.นนทบุรี 11000

สาขา/Branch..... วันที่/Date.....

ชื่อ/ Name
(Ref.1) (เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน)
(Ref.2) (ใบคำขอเลขที่)

ข้อปฏิบัติและเงื่อนไขในการชำระเงิน

1. กรณีฝากนอกใบนำฝากชำระเงิน (Pay-In Slip) ฉบับนี้ให้ครบถ้วนทุกรายการ และนำไปติดต่อชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ได้ทุกสาขาทั่วประเทศ ทางช่องทางเคาน์เตอร์ (รับชำระเฉพาะเงินสด) หรือ ชำระผ่านแอปพลิเคชัน Krungthai Next บน Smartphone
2. ผู้ชำระเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียม
3. ผู้ชำระเงินโปรดทำรายการชำระเงินผ่านทางต่างๆ ของธนาคารกรุงไทยภายใน 3 วัน ไม่เกินเวลา 20.00น. หลังจากพิมพ์ใบนำฝากชำระเงินจากเว็บไซต์หน่วยงาน
4. ผู้ชำระเงินต้องเก็บหลักฐานการชำระเงินไว้เพื่อยืนยันการชำระเงิน ข้อมูลการชำระเงินของท่านจะส่งไปยังสภาเภสัชกรรมหลังจากวันที่ท่านชำระเงิน 1 วันทำการ
5. กรณีมีเหตุขัดข้องไม่สามารถโอนเงินได้ ติดต่อสอบถามได้ที่ ฝ่ายรายการสัมพันธ์ สำนักงานใหญ่ ธ.กรุงไทย หมายเลข (02) 208-8528 หรือ Call center 1551 ในเวลาทำการ

เพื่อนำเข้าบัญชี สภาเภสัชกรรม

บมจ.ธนาคารกรุงไทย COMP CODE : 91662

| | | | |
|---|--------------------|----------|-----------|
| ชำระด้วยเงินสดเท่านั้น | จำนวนเงิน / Amount | 5,000.00 | บาท/ Baht |
| จำนวนเงินเป็นตัวอักษร / Amount in Words | (ห้าพันบาทถ้วน) | | |

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by.....โทรศัพท์/Telephone

| |
|-------------------------|
| สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร |
| ผู้รับเงิน |

คำขอ คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ใบคำขอเลขที่ 2559/00026

ใบนำฝากชำระเงินค่าสินค้าหรือบริการ (Bill Payment Pay-In Slip)

สำหรับธนาคาร / For Bank
โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน



คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบ
วิชาชีพเภสัชกรรม
สำนักงานเลขาธิการเภสัชกรรม อาคาร 6 ชั้น 7 ตึกสำนักงาน
ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบล
ตลาดขวัญ อำเภอเมือง จ.นนทบุรี 11000

สาขา/Branch..... วันที่/Date.....

ชื่อ/ Name
(Ref.1) (เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน)
(Ref.2) (ใบคำขอเลขที่)

เพื่อนำเข้าบัญชี สภาเภสัชกรรม

บมจ.ธนาคารกรุงไทย COMP CODE : 91662

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------|----------|-----------|
| ชำระด้วยเงินสดเท่านั้น | จำนวนเงิน / Amount | 5,000.00 | บาท/ Baht |
| จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Words | (ห้าพันบาทถ้วน) | | |

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by.....โทรศัพท์/Telephone

| |
|-------------------------|
| สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร |
| ผู้รับเงิน |



คำขอ คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ใบคำขอเลขที่ 2559/00026

ขั้นตอนที่ 7 จบการทำรายการ

ขั้นตอนที่ 2. มีความประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพสหกรณ์ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีความรู้และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพสหกรณ์ และพร้อมนี้ ได้แนบหลักฐานตามข้อบังคับสหกรณ์ว่าด้วยการขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพสหกรณ์มาพร้อมคำขอขึ้นทะเบียนเพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- (2) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
- (3) หนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษา หรือ สำเนาปริญญาบัตร จำนวน 1 ฉบับ
- (4) สำเนาใบแจ้งผลการสอบผ่านความรู้ รายบุคคล
- (5) ใบรับรองแพทย์ (ตามแบบฟอร์มของสหกรณ์)
- (6) ใฝ่ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ถ่ายปกติ ไม่สวมแว่นตา ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน
- (7) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ไฟล์เอกสารหลักฐาน No file chosen
กรุณาแนบไฟล์เอกสารหลักฐานตามที่ระบุไว้ข้างต้นให้ครบถ้วนในรูปแบบ .pdf (รวมเอกสารทั้งหมดอยู่ในไฟล์เดียวกัน)

ไฟล์ภาพถ่ายหน้าตรง * No file chosen
ไฟล์นามสกุล .jpg ขนาด 500x500px เท่านั้น สัดส่วนความกว้างและความสูงในหน้ามีขนาด 50% และ 60-70% ตามลำดับ (ดูตัวอย่างรูปภาพ)

ค่าธรรมเนียม บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆ ข้าพเจ้าได้ทำการสมัครเพื่อจัดตั้งสหกรณ์ขึ้น

**ในกรณีที่ยังขาดเอกสารเพิ่มเติมเปลี่ยนแปลงชื่อ/สกุล ข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานเลขาธิการสหกรณ์ ปรับเปลี่ยนชื่อ/สกุลได้ ตามทะเบียนของกรมการปกครอง

เมื่อชำระค่าธรรมเนียมใบคำขอเรียบร้อยแล้ว ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลการชำระเงินของท่านได้ภายในวันทำการถัดไป ในกรณีพบว่าข้อมูลการชำระเงินไม่ถูกต้อง กรุณาแจ้งยื่นการชำระเงินโดยการแนบไฟล์สำเนาใบชำระเงิน

ไฟล์สำเนาใบชำระเงิน No file chosen ขนาดไม่เกิน 250 k

หมายเหตุ

- เงื่อนไขการชำระเงินและคืนเงิน

- หากทำการชำระเงินผิด สหกรณ์สหกรณ์ จะไม่รับผิดชอบ
- สหกรณ์สหกรณ์ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่คืนเงินแก่ผู้ยื่นคำขอสมัครหากไม่ผ่านการสมัคร
- โปรดเก็บเอกสารการโอนเงินเพื่อเป็นหลักฐานในการชำระเงิน

- การกรอกข้อมูล

- กรุณากรอกข้อมูลอย่างครบถ้วนและถูกต้อง การกรอกข้อมูลผิดพลาดจะมีผลให้การยื่นคำขอเป็นโมฆะ

กดปุ่ม "จบการทำรายการ"

การตรวจสอบสถานะใบคำขอ

เมื่อยื่นใบคำขอเสร็จเรียบร้อยแล้ว ระบบจะแสดงชื่อใบคำขอและสถานะตามตัวอย่างด้านล่าง

ประกาศผลสอบผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม
เลขบัตรประจำตัวประชาชน
รหัสประจำตัวผู้สอบ
ชื่อผู้สอบ
[ออกจากระบบ](#)

ผลสอบ
การสอบความรู้ฯ ครั้งที่ 3/2555

บริการยื่นคำขอผ่าน E-Service
เลือกประเภทใบคำขอ

สถานะการยื่นใบคำขอ
จำนวนทั้งหมด 1 รายการ

| หมายเลขคำขอ | วันที่ทำรายการ | ประเภทใบคำขอ | การชำระเงิน | สถานะ |
|-------------|----------------|--|-------------|------------------|
| 2559/24 | 02 มี.ค. 2559 | คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม | รอชำระเงิน | รอดตรวจสอบเอกสาร |

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสอบได้ที่ศูนย์สอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนฯ
โทร. 02-218-8284, Fax : 02-251-6427
ติดต่อสอบถามการขอขึ้นทะเบียนฯ ได้ที่สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม
โทร. 02 - 5901877, FAX : 02-5902439