

ใบสมัครเลขที่.....

เลขที่สมัคร .....

--	--	--	--



ตีรูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว
--------------------------

**ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ  
 ในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ  
 หลักสูตรเภสัชกรรมปฐมภูมิ : เภสัชกรรมครอบครัวและชุมชน**

ชื่อผู้สมัคร

(ภญ./ภก.) .....

ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม/หรือใบประกอบโรคศิลป์ เลขที่ ภ. ....

ที่อยู่สำหรับการติดต่อ

.....

.....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail address : ..... Line ID.....

**๑. ประวัติส่วนตัว**

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

หน่วยงาน.....

.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

**๒. ประวัติการศึกษา**

ระดับการศึกษา	สาขาวิชา	สถาบัน	ปี พ.ศ. ที่ได้รับ
---------------	----------	--------	-------------------

ปริญญาตรี.....

ปริญญาโท.....

ปริญญาเอก.....

อื่น ๆ.....

๓. ประวัติการทำงาน สถานที่ประกอบวิชาชีพ ตำแหน่ง หน้าที่รับผิดชอบ/ปฏิบัติช่วงเวลา (ปี พ.ศ. – ปี พ.ศ.)

.....  
.....  
.....  
.....

๔. สถานที่ที่ปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit ; PCU) หรือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network Primary Care Unit: NPCU)

โรงพยาบาล.....  
ที่ตั้ง.....  
.....

๕. การสมัครเข้ารับการฝึกอบรมในครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๕.๑ ได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาให้เข้ารับการฝึกอบรมเรียบร้อยแล้ว

๕.๒ ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้ตลอดหลักสูตร และ พร้อมทั้งจะปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขในการฝึกอบรมทุกประการ และ ได้รับทราบแล้วว่า กรณีที่ไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือเงื่อนไข สภาเภสัชกรรม จะรายงานให้หน่วยงานต้นสังกัดทราบ

๕.๓ ผู้บังคับบัญชาได้รับทราบและอนุมัติให้เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าฝึกอบรม และ เบี้ยเลี้ยงในช่วงการฝึกอบรมตามสิทธิจากหน่วยงานต้นสังกัดตลอดหลักสูตรการฝึกอบรม

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....