



คำขอรับการประเมินความรู้เฉพาะรายกรณีต่ออายุใบอนุญาต
สำหรับผู้ทีใบอนุญาตมีอายุ และใบอนุญาตขาดอายุเกิน 1 ปี

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 ได้ “ผ่าน” การอบรมระยะสั้นทางวิชาชีพเภสัชกรรมตามที่สภาเภสัชกรรมกำหนด
ชื่อ หลักสูตร ช่วงเวลาที่เข้าอบรม
วันที่.....ถึงวันที่รายละเอียดตามใบแจ้งผลการเข้า
อบรมของวิทยาลัย และมีความประสงค์ขอรับการประเมินโดยการสอบความรู้ทางการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะราย ดังนี้

กฎหมายที่เกี่ยวกับยาและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม

ความรู้เฉพาะรายตามหลักสูตรที่เข้ารับการอบรม

พร้อมนี้ ได้แนบสำเนาใบชำระเงินค่าสมัครสอบ ชุดวิชาละ 1,000 บาท โดยโอนเงินผ่านบัญชีเงินธนาคาร
ชื่อบัญชี “สภาเภสัชกรรม” ประเภท “ออมทรัพย์” สาขา “กระทรวงสาธารณสุข”

 ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 340 - 2 - 01454 - 8 หรือ  ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 142 - 1 - 06705 - 6

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ

(.....)