****

ภาคผนวก ฌ

**แบบฟอร์มการสมัครสอบประเมินเภสัชกรประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ประเภทข้อเขียน (Written Examination)** หลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สาขาเภสัชบำบัด

วิทยาลัยเภสัชบำบัดแห่งประเทศไทย

วันที่ ................. เดือน........................ พ.ศ. ........................

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง)..................................... นามสกุล...................................... รหัสประจำตัว.............................

เภสัชกรประจำบ้าน ณ สถาบันแหล่งฝึกอบรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย.................................................................

ขอแสดงความจำนงในการเข้าสอบประเมินผลเภสัชกรประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ดังนี้

❑ ไม่เข้าสอบ เนื่องจาก.................................................................................................................................................

❑ เข้าสอบ การสอบข้อเขียนองค์ความรู้ทางเภสัชบำบัดเฉพาะทาง (Written Examination)

โดยขอสอบในสาขาเน้น...................................................................................  
❑ เป็นการสอบครั้งแรก ❑ เป็นการสอบครั้งที่ 2 เป็นต้นไป\*

**หลักฐานแสดงการผ่านการฝึกอบรมชั้นปีที่ 2 – 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ระยะเวลา** | **ชื่อการฝึกอบรม(Clerkship)** | **สถานที่ฝึกอบรม** | **อาจารย์ผู้ฝึกอบรม หรือ  ประธานหลักสูตรฯ หรือ อาจารย์ในหลักสูตรฯ**  **ลงนาม** |
| ตั้งแต่วันที่...................... ถึง.............................. |  |  |  |
| ตั้งแต่วันที่...................... ถึง.............................. |  |  |  |
| ตั้งแต่วันที่...................... ถึง.............................. |  |  |  |
| ตั้งแต่วันที่...................... ถึง.............................. |  |  |  |
| ตั้งแต่วันที่...................... ถึง.............................. |  |  |  |
| ตั้งแต่วันที่...................... ถึง.............................. |  |  |  |
| ตั้งแต่วันที่...................... ถึง.............................. |  |  |  |
| ตั้งแต่วันที่...................... ถึง.............................. |  |  |  |
| ตั้งแต่วันที่...................... ถึง.............................. |  |  |  |
| ตั้งแต่วันที่...................... ถึง.............................. |  |  |  |

ลงนาม......................................................เภสัชกรประจำบ้าน  
 (.......................................................)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงนาม............................................................

(............................................................)

ประธานหลักสูตรการฝึกอบรมหลักสูตรเป็นผู้มีความรู้

ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สาขาเภสัชบำบัด

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย.......................................

\* อัตราค่าธรรมเนียมการขอสอบครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ราคา 500 บาท/ครั้ง โดยจะต้องแนบสำเนาใบโอนเงินพร้อมกับใบสมัครสอบประเมินผลฯ