

ใบสมัครเลขที่.....



เลขที่สมัคร

--	--	--	--

ติครูข่ายขนาด 1 นิ้ว
ให้เรียบร้อย
ก่อนยื่นใบสมัคร

ใบสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้ารับการศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมชั้นสูง
สาขาเภสัชบำบัด ปี 2567 ปี พ.ศ.....

1. ประวัติส่วนตัว

1. ชื่อ นาย/ นาง/ นางสาว.....นามสกุล.....
2. Name Mr./ Mrs./ Miss.....Surname.....
3. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เลขที่ ภ..... วันที่ออกใบอนุญาต ฯ
4. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....
5. สถานภาพ โสด สมรส หย่าร้าง
6. อาชีพ รับราชการ เอกชน อื่น ๆ.....
7. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกทางไปรษณีย์ เลขที่..... ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
มือถือ.....E-mail Address.....
8. ที่อยู่ถาวร เลขที่..... ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
9. ผู้สมัครสอบคัดเลือกต้องติดต่อกับผู้รับผิดชอบหลักสูตรของสถาบันฝึกอบรมที่ผู้สมัครสอบฯ ต้องการเข้ารับการศึกษา ฝึกอบรม โดยให้ผู้รับผิดชอบหลักสูตรลงนามยืนยันในใบสมัครสอบฯ ก่อนนำส่งใบสมัครฯ ไปให้วิทยาลัยฯ
 - คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สนใจเข้ารับการศึกษา ฝึกอบรม อันดับที่
ลงรายชื่อ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ
 - คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สนใจเข้ารับการศึกษา ฝึกอบรม อันดับที่
ลงรายชื่อ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ
 - คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สนใจเข้ารับการศึกษา ฝึกอบรม อันดับที่
ลงรายชื่อ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ

- คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่
 ลงรายชื่อ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ
- คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่
 ลงรายชื่อ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ
- คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่
 ลงรายชื่อ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ

2. ประวัติการศึกษา

- ระดับปริญญาตรี
 ชื่อสถาบันการศึกษา.....หลักสูตร.....ปี
 ระยะเวลาที่ศึกษา พ.ศ.....ถึง พ.ศ. ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ.....
 สาขาวิชา.....วิชาเอก.....คะแนนเฉลี่ย.....
- ระดับปริญญาโท สำเร็จการศึกษาแล้ว กำลังศึกษา
 ชื่อสถาบันการศึกษา.....หลักสูตร.....ปี
 ระยะเวลาที่ศึกษา พ.ศ.....ถึง พ.ศ. ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ.....
 สาขาวิชา.....วิชาเอก.....คะแนนเฉลี่ย.....
- ระดับปริญญาเอก สำเร็จการศึกษาแล้ว กำลังศึกษา
 ชื่อสถาบันการศึกษา.....หลักสูตร.....ปี
 ระยะเวลาที่ศึกษา พ.ศ.....ถึง พ.ศ. ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ.....
 สาขาวิชา.....วิชาเอก.....คะแนนเฉลี่ย.....

3. ประวัติการทำงาน

(โปรดเรียงตามลำดับตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน)

ยังไม่ได้ทำงาน กำลังทำงาน เคยทำงานแต่ลาออก

- ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....ระดับ.....
 ชื่อหน่วยงาน.....สถานที่ตั้ง.....
 โทรศัพท์..... ระยะเวลาทำงาน พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
- ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....ระดับ.....
 ชื่อหน่วยงาน.....สถานที่ตั้ง.....
 โทรศัพท์..... ระยะเวลาทำงาน พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
- ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....ระดับ.....
 ชื่อหน่วยงาน.....สถานที่ตั้ง.....
 โทรศัพท์..... ระยะเวลาทำงาน พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....

หน้าที่และความรับผิดชอบต่องานที่ทำในปัจจุบัน(พอสังเขป).....

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

4. การเขียนหนังสือ หรือบทความทางวิชาการ หรือการเสนอผลงานต่อที่ประชุมทางวิชาการ

(ระบุรายละเอียด).....
.....
.....
.....

5. การทำงานวิจัย

1. เรื่อง.....
.....
 เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ร่วมอยู่ในคณะผู้วิจัย
ระยะเวลาการทำงานวิจัย ตั้งแต่.....ถึง.....
2. เรื่อง.....
.....
 เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ร่วมอยู่ในคณะผู้วิจัย
ระยะเวลาการทำงานวิจัย ตั้งแต่.....ถึง.....

6. หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเกษตรกรรมชั้นสูงในครั้งนี ท่านมีความสนใจ/ความต้องการที่จะทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ

เรื่อง.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบตามประกาศรับสมัครของสภาเกษตรกรรมทุกประการ หากตรวจสอบในภายหลังพบว่าขนาดคุณสมบัติ ข้าพเจ้ายินดีให้สภาเกษตรกรรมตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษาต่อโดยไม่ขออุทธรณ์ใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หลักฐานและเอกสารประกอบการสมัคร

หลักฐานและเอกสารประกอบการสมัครที่ส่งมา มีดังนี้ (ทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความ)

- ใบสมัคร ที่กรอกข้อความครบถ้วนและติดรูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว เรียบร้อยแล้ว จำนวน 2 ชุด
- สำเนาใบปริญญาบัตร (สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาแล้ว) จำนวน 2 ชุด
- สำเนาใบประกอบวิชาชีพทางเภสัชกรรม จำนวน 2 ชุด
- หนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาภาคการศึกษาสุดท้าย (สำหรับผู้กำลังศึกษา) จำนวน 2 ชุด
- ใบประมวลผลการศึกษา (Transcript) ระดับปริญญาตรี/โท หรือเอก จำนวน 2 ชุด
- สำเนาใบทะเบียนสมรส / ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (กรณีชื่อ-สกุล ไม่ตรงกับหลักฐานการสมัครอื่นๆ)
- หนังสือรับรองการศึกษาและคุณสมบัติประจำตัว (Recommendation) ของผู้ประเมินทั้งหมด 3 คน จำนวน คนละ 1 ชุด
- Curriculum Vitae (CV) จำนวน 2 ชุด
- หนังสือรับรองประสบการณ์ในการให้บริการทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 500 ชั่วโมง จำนวน 2 ชุด
- หนังสืออนุญาตให้เข้ารับการฝึกอบรมจากต้นสังกัด จำนวน 2 ชุด
- ค่าสมัครสอบคัดเลือกฯ 1,000 บาท ชำระได้ที่
 - ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาอยุธยากระทรวงสาธารณสุข
ชื่อบัญชี สภาเภสัชกรรม เลขที่บัญชี 340-2-01454-8 ประเภทบัญชีเงินฝาก ออมทรัพย์ หรือ
 - ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข ชื่อบัญชี สภาเภสัชกรรม
เลขที่บัญชี 142-1-06705-6 ประเภทบัญชีเงินฝาก ออมทรัพย์

สำหรับเจ้าหน้าที่รับสมัคร

○ หลักฐานครบถ้วน

○ ขาดหลักฐาน

1.

2.

3.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับสมัคร

...../...../.....

ส่งใบสมัครและหลักฐานการสมัครทั้งหมดมาที่

วิทยาลัยเภสัชบำบัดแห่งประเทศไทย

สภาเภสัชกรรม ชั้น 8 อาคารมสทิตลาภิเศก กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

เบอร์โทรศัพท์: 0-2591-9992-5 ต่อ 7

หนังสือรับรองการศึกษาและคุณสมบัติประจำตัว (Recommendation)

หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเกษตรกรรมชั้นสูง สาขาเกษตรบำบัด

ชื่อผู้สมัคร.....

วัน เดือน ปี ที่ออกหนังสือรับรอง.....

ข้าพเจ้าประเมินคุณสมบัติของผู้สมัครในฐานะ

- อาจารย์ผู้เคยสอน
- อาจารย์ผู้ควบคุมการศึกษา หรือการวิจัย
- ผู้บังคับบัญชา หรือหัวหน้าหน่วยงาน หรือนายจ้าง
- อื่นๆ โปรดระบุ

โปรดประเมินผู้สมัครตามรายการข้างล่าง โดยกาเครื่องหมาย ✓ ในหมายเลขที่แสดงระดับแหล่งลักษณะหนึ่ง ๆ ดังนี้

	5 = ดีเยี่ยม	4 = ดี	3 = ปานกลาง	2 = ไม่เป็นที่พอใจ	1 = ไม่สามารถให้ความเห็นได้
1. ระดับสติปัญญา	5	4	3	2	1
2. ความสามารถในการเรียนหรือปฏิบัติงานที่แล้วมา	5	4	3	2	1
3. ความอดทน	5	4	3	2	1
4. ความรับผิดชอบ	5	4	3	2	1
5. ความสามารถในการวินิจฉัย ผู้สมัครเป็นคนมีเหตุผลในการทำความเข้าใจใน เรื่องต่าง ๆ การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และการปฏิบัติงาน ต่าง ๆ เพียงใด	5	4	3	2	1
6. การทำงานร่วมกับผู้อื่น	5	4	3	2	1
7. ทักษะในการปฏิบัติงานทางคลินิก	5	4	3	2	1
8. ความเป็นผู้นำ (leadership skills)	5	4	3	2	1
9. ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	5	4	3	2	1
10. ความมีมนุษยสัมพันธ์	5	4	3	2	1
11. ความมั่นคงทางอารมณ์ และความเป็นผู้ใหญ่ (Emotional stability and maturity)	5	4	3	2	1
12. ประโยชน์ของหน่วยงาน หลังผู้สมัครสำเร็จการศึกษา	5	4	3	2	1
13. ความสามารถในการพูด (ภาษาไทย)	5	4	3	2	1
14. ความสามารถในการเขียน (ภาษาไทย)	5	4	3	2	1
15. ความสามารถในการอ่าน (ภาษาอังกฤษ)	5	4	3	2	1
16. ความสามารถในการเขียน (ภาษาอังกฤษ)	5	4	3	2	1
17. ความรู้สึกอยากช่วยเหลือผู้ป่วย (sense of caring)	5	4	3	2	1
18. ความกระตือรือร้นในการเรียน/การทำงาน	5	4	3	2	1
19. ความสนใจใฝ่หาความรู้ด้วยตนเอง	5	4	3	2	1

20. โปรดให้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม อาทิ ประสิทธิภาพในการวิจัย ความคิดริเริ่ม ความสามารถพิเศษ อื่น ๆ
 ฯลฯ ในเนื้อที่ข้างล่างนี้

- โปรดระบุจุดแข็ง (Special strength) หรือความสามารถพิเศษ ของผู้สมัคร

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

- โปรดระบุจุดอ่อน (Weakness) ของผู้สมัคร ที่ท่านคิดว่าอาจเป็นอุปสรรคในการรับการอบรมในหลักสูตรนี้

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

- โปรดให้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม อาทิ ประสิทธิภาพในการวิจัย ความคิดริเริ่ม ความสามารถ
พิเศษ อื่น ๆ ฯลฯ ในเนื้อที่ข้างล่างนี้

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

โดยสรุปท่านเห็นว่า : (โปรดกาเครื่องหมาย ✓ เพียงข้อเดียว)

- ผู้สมัครสามารถเรียนสำเร็จได้แน่นอน
- ผู้สมัครคงสามารถเรียนได้สำเร็จ
- ไม่แน่ใจว่าผู้สมัครจะเรียนได้สำเร็จ
- คิดว่าจะเรียนไม่สำเร็จ

ลงนามผู้รับรอง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

คำชี้แจงการกรอกหนังสือรับรองการศึกษาและคุณสมบัติประจำตัว (Recommendation)
หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเกษตรกรรมชั้นสูง สาขาเกษตรบำบัด

ผู้กรอกหนังสือรับรองฉบับนี้หลังจากกรอกเสร็จโปรดผนึกของส่งที่

วิทยาลัยเกษตรบำบัดแห่งประเทศไทย
สภากษัตริย์ ชั้น 8 อาคารมหิตลาธิเบศร กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

เบอร์โทรศัพท์: 0-2591-9992-5

**หนังสือรับรองประสบการณ์การบริการทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมชั้นสูง สาขาเภสัชบำบัด**

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....ตำแหน่ง.....
 ชื่อหน่วยงาน.....เลขที่.....หมู่ที่.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
 กรณีรับราชการ (โปรดระบุ) สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....
 ขอรับรองว่า ผู้สมัคร คือ นาย / นาง / นางสาว.....
 ซึ่งประสงค์จะสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมชั้นสูง สาขาเภสัชบำบัด
 ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....
 ชื่อหน่วยงาน.....เลขที่.....หมู่ที่.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
 กรณีรับราชการ (โปรดระบุ) สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....
 ประสบการณ์ในการให้บริการทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย () ไม่มี () มี ดังรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

ชื่องานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	หน้าที่	ระยะเวลาการทำงาน (.ปี..เดือน)
รวมระยะเวลาทั้งหมด		

(ลงนาม).....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....



วิทยาลัยเภสัชบำบัดแห่งประเทศไทย (ว.ภ.ท.)

The College of Pharmacotherapy of Thailand (C.Ph.T)

สภาเภสัชกรรม ชั้น 8 อาคารมหิตลาธิเบศร กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 88/19 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2591 9992 ต่อ 7
Website: www.thaibcp.pharmacycouncil.org Email: thaibcp@gmail.com



แบบประวัติส่วนตัวและผลงานสำหรับการขอเทียบโอนหน่วยกิต หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมชั้นสูง สาขาเภสัชบำบัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้สมัคร

1.1) ประวัติส่วนตัว

- 1.1.1 ชื่อ สกุล (ภก./ภญ.)
- 1.1.2 วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี
- 1.1.3 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เลขที่ ภ.

1.2) ประวัติการศึกษา (เรียงจากวุฒิสูงสุดตามลำดับ)

คุณวุฒิ/สาขา	ปี พ.ศ. ที่ได้รับ	สถานศึกษาและประเทศ
1.2.1
1.2.2
1.2.3
1.2.4
1.2.5

1.3) ประวัติการทำงาน

- 1.3.1 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....
- 1.3.2 ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง.....(ระดับปฏิบัติการ)
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... รวมอายุงานปีเดือน
- 1.3.3 ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ ตำแหน่ง.....
ระดับ.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- 1.3.4 ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับเชี่ยวชาญ ตำแหน่ง.....
ระดับ.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- 1.3.5 ตำแหน่งอื่นๆ (เช่น เป็นกรรมการ หรือ ตำแหน่งอื่นๆ ที่ภาคภูมิใจ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานที่รับผิดชอบ)
- 1.3.5.1
- 1.3.5.2
- 1.3.5.3
- 1.3.5.4
- 1.3.5.5

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 2 ปริมาณและคุณภาพงานย้อนหลัง 3 ปี (ตามปีปฏิทิน และ เป็นภาระงานที่ทำโดยความเห็นชอบจากเจ้าสังกัด/
ผู้บังคับบัญชา)

2.1) งานวิชาชีพในสาขาเภสัชบำบัดหรือที่เกี่ยวข้องกับเภสัช โดยแบ่งตามร้อยละของลักษณะงานที่ปฏิบัติดังนี้
(สามารถปรับและเพิ่มเติมเนื้อหาการทำงานได้ตามที่ผู้สมัครปฏิบัติงานจริง)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การปฏิบัติงาน	ร้อยละ* (น้ำหนัก) และจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์		
	พ.ศ.	พ.ศ.	พ.ศ.
1. ด้านกระบวนการทำงาน			
1.1 งานประจำในหน่วยงาน			
1.1.1 การดูแลผู้ป่วยร่วมกันในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ			
1.1.2 การเฝ้าระวังและการติดตาม Adverse Drug Reaction และ Drug Interaction			
1.1.3 การให้บริการข้อมูลยาแก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชน (Drug Information Service)			
1.1.4 การบริการติดตามระดับยาในเลือดของยาที่มีพิษภัย (Therapeutic Drug Monitoring)			
1.2 ตอบสนองวิสัยทัศน์ พันธกิจ ความเสี่ยงของโรงพยาบาล			
1.2.1			
1.2.2			
1.2.3			
1.3 มอบหมายจาก ร.พ. (ระบุรายละเอียด)			
2. ด้านคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับเภสัชกับผู้ป่วย (ระบุรายละเอียด)			

*คิดจากภาระงานวิชาชีพในสาขาเภสัชบำบัดหรือที่เกี่ยวข้องกับเภสัชเทียบกับภาระงานที่ได้รับมอบหมายทั้งหมด

ส่วนที่ 3 ผลงานที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพในสาขาเภสัชบำบัดหรือที่เกี่ยวข้องเกี่ยว

3.1. ผลงานที่เสนอเพื่อประกอบการพิจารณา (ผลงานด้านงานสนับสนุน งานบริการวิชาการ หรืองานวิชาชีพ : ให้ระบุชื่อ และลักษณะของผลงาน เช่น คู่มือปฏิบัติงาน บทความทางวิชาการ หนังสือ ผลงานวิจัย

3.1.1.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

(กรณีที่เป็นผลงานร่วมกันของบุคคลหลายคน จะต้องระบุว่าผู้เสนอผลงานได้มีส่วนร่วมในการจัดทำหรือผลิตผลงาน ในส่วนใด หรือเป็นสัดส่วนเท่าใด และต้องมีคำรับรองจากผู้มีส่วนร่วมในผลงานนั้น และจากผู้บังคับบัญชาด้วย)

ส่วนที่ 4 ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

4.1) งานในหน้าที่ความรับผิดชอบ (ให้เสนอความเห็นเกี่ยวกับขอบข่ายงานและลักษณะงานที่ผู้ขอรับผิดชอบว่ามีขอบข่ายงานอย่างไร เป็นงานที่มีลักษณะยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญหรือความเชี่ยวชาญ)

.....

.....

.....

.....

.....

4.2) คุณสมบัติของผู้เสนอขอ (ให้เสนอความเห็นว่าคุณสมบัติของผู้เสนอขอมีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และคุณลักษณะพิเศษเฉพาะตัวในงานด้านต่าง ๆ ที่รับผิดชอบอย่างไร)

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....