

ใบสมัครเลขที่.....

เลขที่สมัคร

--	--	--	--



ติดรูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว  
ให้เรียบร้อย  
ก่อนยื่นใบสมัคร

**ใบสมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรการฝึกอบรม  
เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม  
สาขาเภสัชบำบัด ปี พ.ศ.....**

**1. ประวัติส่วนตัว**

1. ชื่อ นาย/ นาง/ นางสาว.....นามสกุล.....
2. Name Mr./ Mrs./ Miss.....Surname.....
3. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เลขที่ ภ..... วันที่ออกใบอนุญาต ฯ .....
4. วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....
5. สถานภาพ                    O โสด                    O สมรส                    O หย่าร้าง
6. อาชีพ                        O รับราชการ                    O เอกชน                    O 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 ต้องการเข้ารับ การฝึกอบรม โดยให้ผู้รับผิดชอบหลักสูตรลงนามยืนยันในใบสมัครสอบฯ ก่อนนำส่งใบสมัครฯ ไปให้วิทยาลัยฯ
  - คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่ .....
  - ลงรายชื่อ ..... อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ
  - คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่ .....
  - ลงรายชื่อ ..... อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ
  - คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่ .....
  - ลงรายชื่อ ..... อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ
  - คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่ .....

- ลงรายชื่อ ..... อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ
- คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่ .....
- ลงรายชื่อ ..... อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ
- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่ .....
- ลงรายชื่อ ..... อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ
- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่ .....
- ลงรายชื่อ ..... อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ
- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่ .....
- ลงรายชื่อ ..... อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ
- คณะเภสัชศาสตร์ 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.....

3. 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. หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตรการฝึกอบรมในครั้งนี ท่านมีความสนใจ/  
ความต้องการที่จะทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ

เรื่อง.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบตามประกาศรับสมัครของสภาเภสัชกรรมทุกประการ หากตรวจสอบใน  
ภายหลังพบว่าขนาดคุณสมบัติ ข้าพเจ้ายินดีให้สภาเภสัชกรรมตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษาต่อโดยไม่ขออุทธรณ์ใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อผู้สมัคร .....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**หลักฐานและเอกสารประกอบการสมัคร**

หลักฐานและเอกสารประกอบการสมัครที่ส่งมามีดังนี้ (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
- หนังสืออนุญาตให้เข้ารับการฝึกอบรมจากต้นสังกัดจำนวน 2 ชุด
- ค่าสมัคร 1,000 บาท ส่งเป็นเช็ค หรือ ธนาณัติ ส่งจ่าย สภาเภสัชกรรม

**สำหรับเจ้าหน้าที่รับสมัคร**

หลักฐานครบถ้วน

ขาดหลักฐาน

1. ....

2. ....

3. ....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับสมัคร

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

**ส่งใบสมัครและหลักฐานการสมัครทั้งหมดมาที่**

**วิทยาลัยเกษตรศาสตร์บึงฉลวยแห่งประเทศไทย**

**สภาเกษตรกรรม ชั้น 8 อาคารสภาวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข**

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

**เบอร์โทรศัพท์: 0-2591-9992-5 ต่อ 208**

**หนังสือรับรองการศึกษาและคุณสมบัติประจำตัว (Recommendation)**  
**หลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม**  
**สาขาเภสัชบำบัด**

ชื่อผู้สมัคร.....

วัน เดือน ปี ที่ออกหนังสือรับรอง.....

ข้าพเจ้าประเมินคุณสมบัติของผู้สมัครในฐานะ

    μ อาจารย์ผู้เคยสอน

    μ อาจารย์ผู้ควบคุมการศึกษา หรือการวิจัย

    μ ผู้บังคับบัญชา หรือหัวหน้าหน่วยงาน หรือนายจ้าง

    μ อื่นๆ โปรดระบุ .....

โปรดประเมินผู้สมัครตามรายการข้างล่าง โดยกาเครื่องหมาย 3 ในวงกลมที่แสดงระดับแหล่งลักษณะหนึ่ง 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. ความอดุทน	5	4	3	2	1
4. ความรับผิดชอบ	5	4	3	2	1
5. ความสามารถในการวินิจฉัย ผู้สมัครเป็นคนมีเหตุผล ในการทำความเข้าใจใน เรื่องต่าง ๆ การแก้ไขปัญหา ต่าง 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 ประสบการณ์ในการวิจัย ความคิดริเริ่ม ความสามารถพิเศษ  
อื่น ๆ ฯลฯ ในเนื้อที่ข้างล่างนี้

- โปรดระบุจุดแข็ง (Special strength) หรือความสามารถพิเศษ ของผู้สมัคร

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

- โปรดระบุจุดอ่อน (Weakness) ของผู้สมัคร ที่ท่านคิดว่าอาจเป็นอุปสรรคในการรับการอบรมในหลักสูตรนี้

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

- โปรดให้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม อาทิ ประสบการณ์ในการวิจัย ความคิดริเริ่ม ความสามารถ  
พิเศษ อื่น ๆ ฯลฯ ในเนื้อที่ข้างล่างนี้

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

โดยสรุปท่านเห็นว่า : (โปรดกาเครื่องหมาย 3 เพียงข้อเดียว)

- μ ผู้สมัครสามารถเรียนสำเร็จได้แน่นอน
- μ ผู้สมัครคงสามารถเรียนได้สำเร็จ
- μ ไม่แน่ใจว่าผู้สมัครจะเรียนได้สำเร็จ
- μ คิดว่าจะเรียนไม่สำเร็จ

ลงนามผู้รับรอง.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....  
โทรสาร.....

**คำชี้แจงการกรอกหนังสือรับรองการศึกษาและคุณสมบัติประจำตัว (Recommendation)**  
**หลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม**  
**สาขาเภสัชบำบัด**

ผู้กรอกหนังสือรับรองฉบับนี้หลังจากกรอกเสร็จโปรดผนึกซองส่งที่

**วิทยาลัยเภสัชบำบัดแห่งประเทศไทย**  
**สภาเภสัชกรรม ชั้น 8 อาคารสภาวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข**  
**ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000**

**เบอร์โทรศัพท์: 0-2591-9992-5**



**หนังสือรับรองประสบการณ์การบริการทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย  
หลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม  
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.....  
 ซึ่งประสงค์จะสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม  
 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.....