

ใบสมัครเลขที่.....



เลขที่สมัคร

--	--	--	--

ติครูข่ายขนาด 1 นิ้ว
ให้เรียบร้อย
ก่อนยื่นใบสมัคร

ใบสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้ารับการศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมชั้นสูง
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. 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

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

3. ประวัติการทำงาน

(โปรดเรียงตามลำดับตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน)

ยังไม่ได้ทำงาน กำลังทำงาน เคยทำงานแต่ลาออก

1. ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....ระดับ.....
 ชื่อหน่วยงาน.....สถานที่ตั้ง.....
 โทรศัพท์..... ระยะเวลาทำงาน พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
2. 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. 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 สาขาซอยกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อบัญชี สภาเภสัชกรรม เลขที่บัญชี 340-2-01454-8 ประเภทบัญชีเงินฝาก ออมทรัพย์ หรือ
 - ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข ชื่อบัญชี สภาเภสัชกรรม
เลขที่บัญชี 142-1-06705-6 ประเภทบัญชีเงินฝาก ออมทรัพย์

สำหรับเจ้าหน้าที่รับสมัคร

<ul style="list-style-type: none">○ หลักฐานครบถ้วน○ ขาดหลักฐาน<ol style="list-style-type: none">1.2.3. <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับสมัคร/...../.....</p>

ส่งใบสมัครและหลักฐานการสมัครทั้งหมดมาที่
วิทยาลัยเภสัชบำบัดแห่งประเทศไทย
สภาเภสัชกรรม ชั้น 8 อาคารมหิตลาธิเบศร 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 ความสามารถพิเศษ 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) งานวิชาชีพในสาขาเภสัชบำบัดหรือที่เกี่ยวข้องเกี่ยวเนื่อง 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. ด้านคุณภาพที่เกี่ยวข้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (ระบุรายละเอียด)			

*คิดจากภาระงานวิชาชีพในสาขาเภสัชบำบัดหรือที่เกี่ยวข้องเกี่ยวข้องกับภาระงานที่ได้รับมอบหมายทั้งหมด

2.2) งานสนับสนุน งานบริการวิชาการ หรืองานวิชาชีพ (ระบุรายละเอียดและลักษณะหน้าที่ของงานที่ปฏิบัติ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ปริมาณงานที่ทำ (นำภาระงานที่แจ้งไว้ข้างต้นมาใส่ปริมาณโดยระบุเป็นจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์)

ภาระงาน	ปริมาณงาน		
	พ. ศ.	พ. ศ.	พ. ศ.

2.3) งานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ระบุประเภทของงาน ปริมาณเวลาที่ใช้ต่อสัปดาห์ สรุปลักษณะหน้าที่ของงาน)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.4) งานบริหาร (ระบุงานบริหารที่มีส่วนรับผิดชอบโดยตรง และปริมาณเวลาที่ใช้ต่อสัปดาห์)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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 จะต้องระบุว่าผู้เสนอผลงานได้มีส่วนร่วมในการจัดทำหรือผลิตผลงานในส่วนใด หรือเป็นสัดส่วนเท่าใด และต้องมีคำรับรองจากผู้มีส่วนร่วมในผลงานนั้น และจากผู้บังคับบัญชาด้วย)

ส่วนที่ 4 ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

4.1) งานในหน้าที่ความรับผิดชอบ (ให้เสนอความเห็นเกี่ยวกับขอบข่ายงานและลักษณะงานที่ผู้ขอรับผิดชอบว่ามีขอบข่ายงานอย่างไร เป็นงานที่มีลักษณะยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญหรือความเชี่ยวชาญ)

.....

.....

.....

.....

.....

4.2) คุณสมบัติของผู้เสนอขอ (ให้เสนอความเห็นว่าคุณเสนอขอมีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และคุณลักษณะพิเศษเฉพาะตัวในงานด้านต่าง ๆ ที่รับผิดชอบอย่างไร)

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....