

ใบสมัครเลขที่.....



เลขที่สมัคร

--	--	--	--

ติดรูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว
ให้เรียบร้อย
ก่อนยื่นใบสมัคร

**ใบสมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรการฝึกอบรม
เป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
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 ต้องการเข้ารับการฝึกอบรม 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.....
 - 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. หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตรการฝึกอบรมในครั้งนี้ ท่านมีความสนใจ/
ความต้องการที่จะทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ

เรื่อง.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบตามประกาศรับสมัครของสภาเกษตรกรทุกประการ หากตรวจสอบใน
ภายหลังพบว่าขนาดคุณสมบัติ ข้าพเจ้ายินดีให้สภาเกษตรกรตัดสินสิทธิ์ในการเข้าศึกษาต่อโดยไม่ขออุทธรณ์ใด 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 ชั่วโมงจำนวน 2 ชุด
- หนังสืออนุญาตให้เข้ารับการฝึกอบรมจากต้นสังกัดจำนวน 2 ชุด
- ค่าสมัคร 1,000 บาท 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

วิทยาลัยเภสัชบำบัด ภายใต้ราชวิทยาลัยเภสัชกรรมแห่งประเทศไทย
สภาเภสัชกรรม ชั้น 8 อาคารหิตลาภิเบศร กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

เบอร์โทรศัพท์: 0-2591-9992-5 ต่อ 7

หนังสือรับรองการศึกษาและคุณสมบัติประจำตัว (Recommendation)
หลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
สาขาเภสัชบำบัด

ชื่อผู้สมัคร.....

วัน เดือน ปี ที่ออกหนังสือรับรอง.....

ข้าพเจ้าประเมินคุณสมบัติของผู้สมัครในฐานะ

 อาจารย์ผู้เคยสอน

 อาจารย์ผู้ควบคุมการศึกษา หรือการวิจัย

 ผู้บังคับบัญชา หรือหัวหน้าหน่วยงาน หรือนายจ้าง

 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. ความอดทน	5	4	3	2	1
4. ความรับผิดชอบ	5	4	3	2	1
5. ความสามารถในการวินิจฉัย ผู้สมัครเป็นคนมีเหตุผลในการ ทำความเข้าใจใน เรื่องต่าง ๆ การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และ การปฏิบัติงาน 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. ความรู้สึกรักช่วยเหลือผู้ป่วย (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

.....

.....

.....

.....

.....

- โพรตระบุจุดอ่อน (Weakness) ของผู้สมัคร ที่ท่านคิดว่าอาจเป็นอุปสรรคในการรับการอบรมในหลักสูตรนี้

.....

.....

.....

.....

- โปรดให้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม อาทิ ประสบการณ์ในการวิจัย ความคิดริเริ่ม ความสามารถพิเศษ อื่น ๆ ฯลฯ ในเนื้อที่ข้างล่างนี้

.....

.....

.....

.....

โดยสรุปท่านเห็นว่า : (โปรดกาเครื่องหมาย 3 เพียงข้อเดียว)

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

ลงนามผู้รับรอง.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

ผู้กรอกหนังสือรับรองฉบับนี้หลังจากกรอกเสร็จโปรดผนึกของส่งที่

วิทยาลัยเกษตรกำแพงแสน ภายใต้อำเภอวิทยาลัยเกษตรกำแพงแสน
สภามหาวิทยาลัย ชั้น 8 อาคารมหิตลาลิเบศร กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

เบอร์โทรศัพท์: 0-2591-9992-5

หนังสือรับรองประสบการณ์การบริการทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
หลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
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.....