ใบสมัครเลขที่………………………. เลขที่สมัคร

วภท.33

ติดรูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว

ให้เรียบร้อย

ก่อนยื่นใบสมัคร

### **ใบสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมชั้นสูง  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……...............………….…………………….……………………

1. ที่อยู่ถาวร เลขที่……………….......…………..ซอย………….........………………………ถนน………............….…………………… แขวง/ตำบล…………............…………………เขต/อำเภอ…….………………...………จังหวัด…………………...........…….…… รหัสไปรษณีย์…….........………..……………..โทรศัพท์……………..........……………..โทรสาร…………….........……………….

9. ผู้สมัครสอบคัดเลือกต้องติดต่อกับผู้รับผิดชอบหลักสูตรของสถาบันฝึกอบรมที่ผู้สมัครสอบฯ ต้องการเข้ารับการ ฝึกอบรม โดยให้ผู้รับผิดชอบหลักสูตรลงนามยืนยันในใบสมัครสอบฯ ก่อนนำส่งใบสมัครฯ ไปให้วิทยาลัยฯ

❑ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่ ..............

ลงรายมือชื่อ ........................................................................ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ
❑ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่ ........................

 ลงรายมือชื่อ ........................................................................ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ

❑ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่ .....................

ลงรายมือชื่อ ........................................................................ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ

❑ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่ ..........................

 ลงรายมือชื่อ ........................................................................ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ

❑ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่ .........................

 ลงรายมือชื่อ ........................................................................ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ

❑ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่ .........................

 ลงรายมือชื่อ ........................................................................ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ

***2. ประวัติการศึกษา***

1. ระดับปริญญาตรี

ชื่อสถาบันการศึกษา………………………………………………….………..............................………หลักสูตร………………….ปี
ระยะเวลาที่ศึกษา พ.ศ…………….…….ถึง พ.ศ. ……………......…… ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ………..........……………. สาขาวิชา…………………………….....……วิชาเอก…….……………………………คะแนนเฉลี่ย….....................…………………

1. ระดับปริญญาโท สำเร็จการศึกษาแล้ว กำลังศึกษา

ชื่อสถาบันการศึกษา……………………………………………………………...............................……หลักสูตร……………..….ปี ระยะเวลาที่ศึกษา พ.ศ………………….ถึง พ.ศ. …….......…………… ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ….........…………………. สาขาวิชา…………………………………วิชาเอก……………………….………......…คะแนนเฉลี่ย….…...................………………

1. 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…………..........………………………………..

1. เรื่อง………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………...................................................................................................................…………….

 เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ร่วมอยู่ในคณะผู้วิจัย

ระยะเวลาการทำงานวิจัย ตั้งแต่………………………..............………………..ถึง…………..........………………………………..

***6. หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมชั้นสูงในครั้งนี้ ท่านมีความสนใจ/***

 ***ความต้องการที่จะทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ***

เรื่อง……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….....................................................................................................................……………

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบตามประกาศรับสมัครของสภาเภสัชกรรมทุกประการ หากตรวจสอบในภายหลังพบว่าขนาดคุณสมบัติ 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
* หนังสือรับรองประสบการณ์ในการให้การบริการทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 500 ชั่วโมง จำนวน 2 ชุด
* หนังสืออนุญาตให้เข้ารับการฝึกอบรมจากต้นสังกัด จำนวน 2 ชุด
* ค่าสมัครสอบคัดเลือกฯ 1,000 บาท ชำระได้ที่
* ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข

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

**เบอร์โทรศัพท์: 0-2591-9992 ต่อ 7**



**หนังสือรับรองการศึกษาและคุณสมบัติประจำตัว (Recommendation)**

หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมชั้นสูง สาขาเภสัชบำบัด

**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 |
| 1. **ความสามารถในการเรียนหรือปฏิบัติงานที่แล้วมา**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ความอุตสาหะ**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ความรับผิดชอบ**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ความสามารถในการวินิจฉัย** ผู้สมัครเป็นคนมีเหตุผลในการทำความเข้าใจใน เรื่องต่าง ๆ การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และการปฏิบัติงาน ต่าง ๆ เพียงใด
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **การทำงานร่วมกับผู้อื่น**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ทักษะในการปฏิบัติงานทางคลินิก**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ความเป็นผู้นำ (leadership skills)**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ความมีมนุษย์สัมพันธ์**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ความมั่นคงทางอารมณ์ และความเป็นผู้ใหญ่**

**(Emotional stability and maturity)** | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| **12. ประโยชน์ของหน่วยงาน** หลังผู้สมัครสำเร็จการศึกษา | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ความสามารถในการพูด (ภาษาไทย)**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ความสามารถในการเขียน** **(ภาษาไทย)**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ความสามารถในการอ่าน (ภาษาอังกฤษ)**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ความสามารถในการเขียน** **(ภาษาอังกฤษ)**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ความรู้สึกอยากช่วยเหลือผู้ป่วย (sense of caring)**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ความกระตือรือร้นในการเรียน/การทำงาน**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. **ความสนใจใฝ่หาความรู้ด้วยตนเอง**
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **โปรดให้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม** อาทิ ประสบการณ์ในการวิจัย ความคิดริเริ่ม ความสามารถพิเศษ อื่น ๆ ฯลฯ ในเนื้อที่ข้างล่างนี้

- **โปรดระบุจุดแข็ง (Special strength) หรือความสามารถพิเศษ ของผู้สมัคร**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...............……………………………………………………………………………………………………………………………………………

- **โปรดระบุจุดอ่อน (Weakness) ของผู้สมัคร** ที่ท่านคิดว่าอาจเป็นอุปสรรคในการรับการอบรมในหลักสูตรนี้

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................................................................…………………………………………

 **- โปรดให้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม** อาทิ ประสบการณ์ในการวิจัย ความคิดริเริ่ม ความสามารถพิเศษอื่น ๆ ฯลฯ ในเนื้อที่ข้างล่างนี้

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................…………………………………………….

 โดยสรุปท่านเห็นว่า : (โปรดกาเครื่องหมาย ✓ เพียงข้อเดียว)

 ❑ ผู้สมัครสามารถเรียนสำเร็จได้แน่นอน

 ❑ ผู้สมัครคงสามารถเรียนได้สำเร็จ

 ❑ ไม่แน่ใจว่าผู้สมัครจะเรียนได้สำเร็จ

 ❑ คิดว่าจะเรียนไม่สำเร็จ

ลงนามผู้รับรอง………………………………………..

 (……………………………………….)

ตำแหน่ง……………………………………………….

สถานที่ทำงาน…………………………………………

…………………………………………………………

โทรศัพท์……………………………………………….

โทรสาร………………………………………………...

##### ผู้กรอกหนังสือรับรองฉบับนี้หลังจากกรอกเสร็จโปรดผนึกซองส่งที่

 **วิทยาลัยเภสัชบำบัด ภายใต้ราชวิทยาลัยเภสัชกรรมแห่งประเทศไทย**

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

**เบอร์โทรศัพท์: 0-2591-9992 ต่อ 7**



**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……………….........................……………………………………………………………………….

ซึ่งประสงค์จะสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมชั้นสูงสาขาเภสัชบำบัด

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………………....................…………………………….



วภท.35

**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................. รวมอายุงาน .................ปี ......................เดือน

 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) งานวิชาชีพในสาขาเภสัชบำบัดหรือที่เกี่ยวข้องเกื้อกูล 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 การบริการติดตามระดับยาในเลือดของยาที่มีพิสัยแคบ (Therapeutic  Drug Monitoring) |   |  |  |
| 1.2 ตอบสนองวิสัยทัศน์ พันธกิจ ความเสี่ยงของโรงพยาบาล |  |  |  |
| 1.2.1 |   |  |  |
| 1.2.2 |   |  |  |
| 1.2.3 |   |  |  |
| 1.3 มอบหมายจาก ร.พ. (ระบุรายละเอียด)           .............................................................................................................. |  |  |  |
| **2.  ด้านคุณภาพที่เกี่ยวข้องเกื้อกูลกับผู้ป่วย (ระบุรายละเอียด)** |   |  |  |

  \**คิดจากภาระงานวิชาชีพในสาขาเภสัชบำบัดหรือที่เกี่ยวข้องเกื้อกูลเทียบกับภาระงานที่ได้รับมอบหมายทั้งหมด*

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  ผลงานที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพในสาขาเภสัชบำบัดหรือที่เกี่ยวข้องเกื้อกูล**

**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**  (ให้เสนอความเห็นว่าผู้เสนอขอมีความรู้  ความสามารถ  ประสบการณ์ และคุณลักษณะพิเศษเฉพาะตัวในงานด้านต่าง ๆ ที่รับผิดชอบอย่างไร)

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

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

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

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

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

ลงชื่อ............................................................ผู้บังคับบัญชา

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

           ตำแหน่ง...........................................................

   วันที่.............../............................/....................