



วิทยาลัยเภสัชบำบัด ภายใต้ราชวิทยาลัยเภสัชกรรมแห่งประเทศไทย

College of Pharmacotherapy under The Royal College of Pharmacy of Thailand

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



ประกาศวิทยาลัยเภสัชบำบัด ภายใต้ราชวิทยาลัยเภสัชกรรมแห่งประเทศไทย

ที่ 22 / 2569

เรื่อง การรับสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้  
ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสาขาเภสัชบำบัด ประจำปี พ.ศ.2570

\*\*\*\*\*

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : วิทยาลัยเภสัชบำบัด

- สถาบันหลัก :
1. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
  2. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
  3. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
  4. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
  5. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
  6. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
  7. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
  8. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
  9. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

1. วันที่รับสมัคร: 19 ตุลาคม – 30 พฤศจิกายน 2569

2. จำนวนผู้ฝึกอบรมที่จะรับทั้งหมด คน (รวมทั้ง 9 สถาบัน)

2.1 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จำนวน 3 ราย

สาขาที่เปิดรับฝึกอบรม

- 2.1.1 Internal medicine
- 2.1.2 Nephrology
- 2.1.3 Infectious disease
- 2.1.4 Hematology/Oncology
- 2.1.5 Critical care

และสาขาอื่นๆ การฝึกอบรมบางสาขาขึ้นอยู่กับพิจารณาของสถาบันฝึกอบรม

2.2 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

จำนวน 2 ราย

สาขาที่เปิดรับฝึกอบรม

- 2.2.1 Internal medicine
- 2.2.2 Infectious disease
- 2.2.3 Critical care
- 2.2.4 Oncology

และสาขาอื่นๆ การฝึกอบรมบางสาขา ขึ้นอยู่กับพิจารณาของสถาบันฝึกอบรม

- 2.3 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น** **จำนวน 3 ราย**  
สาขาที่เปิดรับฝึกอบรบ  
2.3.1 Oncology  
2.3.2 Community Pharmacy  
2.3.3 Internal medicine  
และสาขาอื่นๆ การฝึกอบรบบางสาขา ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของสถาบันฝึกอบรบ
- 2.4 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล** **จำนวน 10 ราย**  
สาขาที่เปิดรับฝึกอบรบ  
2.4.1 Internal medicine  
2.4.2 Infectious disease  
2.4.3 Critical care  
2.4.4 Nephrology  
2.4.5 Oncology  
2.4.6 Neurology Diseases  
2.4.7 Psychiatry Diseases  
2.4.8 Geriatrics Pharmacotherapy  
2.4.9 Cardiology  
และสาขาอื่นๆ การฝึกอบรบบางสาขา ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของสถาบันฝึกอบรบ
- 2.5 คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** **จำนวน 8 ราย**  
สาขาที่เปิดรับฝึกอบรบ  
2.5.1 Infectious disease  
2.5.2 Cardiology  
2.5.3 Oncology  
2.5.4 Neurology Diseases  
2.5.5 Nephrology  
2.5.6 Critical care  
และสาขาอื่นๆ การฝึกอบรบบางสาขา ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของสถาบันฝึกอบรบ
- 2.6 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร** **จำนวน 6 ราย**  
สาขาที่เปิดรับฝึกอบรบ  
2.6.1 Internal medicine  
2.6.2 Infectious disease  
2.6.3 Clinical pharmacokinetics  
2.6.4 Critical care  
2.6.5 Nephrology  
2.6.6 Clinical nutrition  
2.6.7 Hematology / Oncology  
2.6.8 Neurology  
2.6.9 Cardiology  
2.6.10 Ambulatory care  
และสาขาอื่นๆ การฝึกอบรบบางสาขา ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของสถาบันฝึกอบรบ

## 2.7 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

จำนวน 4 ราย

สาขาที่เปิดรับฝึกอบรบ

2.7.1 Internal medicine

2.7.2 Critical care

2.7.3 Nephrology

2.7.4 Psychiatry

2.7.5 Pediatrics

2.7.6 Oncology

และสาขาอื่นๆ การฝึกอบรบบางสาขา ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของสถาบันฝึกอบรบ

## 2.8 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

จำนวน 2 ราย

สาขาที่เปิดรับฝึกอบรบ

2.8.1 Cardiology

2.8.2 Infectious disease

2.8.3 Nephrology

2.8.4 Oncology

2.8.5 Pediatrics

และสาขาอื่นๆ การฝึกอบรบบางสาขา ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของสถาบันฝึกอบรบ

## 2.9 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

จำนวน 3 ราย

สาขาที่เปิดรับฝึกอบรบ

2.9.1 Cardiology

2.9.2 Infectious disease

2.9.3 Nephrology

2.9.4 Oncology

2.9.5 Internal medicine

2.9.6 Neurology

2.9.7 Psychiatry

และสาขาอื่นๆ การฝึกอบรบบางสาขา ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของสถาบันฝึกอบรบ

## 3. คุณสมบัติของผู้สมัคร

3.1 เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม และ

3.2 มีประสบการณ์ในการให้บริการทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 500

ชั่วโมง (จำนวนชั่วโมงอาจนับรวมระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติงานในหลักสูตรการศึกษา) หรือ

3.3 มีคุณสมบัติเทียบเท่าที่สภาเภสัชกรรมรับรอง

## 4. หลักฐานประกอบการรับสมัคร

☐ ใบสมัครที่กรอกข้อความครบถ้วน และติดรูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว เรียบร้อยแล้ว จำนวน 2 ชุด

☐ สำเนาใบปริญญาบัตร (สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาแล้ว) จำนวน 2 ชุด

☐ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม จำนวน 2 ชุด

☐ หนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาภาคการศึกษาสุดท้าย (สำหรับผู้ที่กำลังศึกษา) จำนวน 2 ชุด

- ☐ สำเนาใบประมวลผลการศึกษา (Transcript) ระดับปริญญาตรี/โท/เอก จำนวน 2 ชุด
- ☐ สำเนาใบทะเบียนสมรส / ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (กรณีชื่อ-สกุล ไม่ตรงกับหลักฐานการสมัครอื่นๆ)
- ☐ หนังสือรับรองการศึกษาและคุณสมบัติประจำตัว (Recommendation) ของผู้ประเมินทั้งหมด 3 คน คนละ 1 ชุด
- ☐ Curriculum Vitae (CV) จำนวน 2 ชุด
- ☐ หนังสือรับรองประสบการณ์ในการให้บริการทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 500 ชั่วโมง จำนวน 2 ชุด
- ☐ หนังสืออนุญาตให้เข้ารับการฝึกอบรมจากต้นสังกัด จำนวน 2 ชุด
- ☐ สำเนาหลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมสมัครสอบคัดเลือกฯ จำนวน 1 ฉบับ

**5. ผู้สนใจสามารถติดต่อขอรับใบสมัครได้ที่ :**

ผู้รับผิดชอบหลักสูตร ฯ ดังในข้อ 6 หรือ Download ใบสมัครและเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ที่  
Website วิทยาลัยเภสัชบำบัดฯ <http://thaibcp.pharmacycouncil.org>

**6. ติดต่อผู้รับผิดชอบหลักสูตรของสถาบันหลัก**

- 6.1 ผศ.ดร.ภญ.สิริมา สิตะรุโน  
ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
โทรศัพท์ 06 5946 4423 โทรสาร 074 428 222  
E-mail addresses: sirima@pharmacy.psu.ac.th
- 6.2 อ.ดร.ภญ.วิรินทร์ อันล้ำเลิศ  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
โทรศัพท์ 055 963656 E-mail address: wirinu@nu.ac.th
- 6.3 ผศ.ดร.ภก.สุธาร จันทะวงศ์  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
โทรศัพท์ 043 348 353 E-mail address: suthch@kku.ac.th
- 6.4 ผศ.ดร.ภญ.พิชญา ดิลกพัฒน์มงคล  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
โทรศัพท์ 0 2644 8694 E-mail address : pitchaya.dil@mahidol.ac.th
- 6.5 ผศ.ดร.ภญ.โชติรัตน์ นครานุรักษ์  
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
โทรศัพท์ 08 6563 9695 E-mail address : chotirat.n@pharm.chula.ac.th
- 6.6 ผศ.ดร.ภญ.จุฑาทิพย์ สุพรรณกลาง  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร  
โทร 08 9194 2995 E-mail address : SUPHANKLANG\_J@su.ac.th
- 6.7 ผศ.ดร.ภญ.วรธิมา อยู่ดี  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
โทร 053 944 351 E-mail address : voratima.silavanich@cmu.ac.th
- 6.8 อ.ดร.ภญ.ปวลี เนียมถาวร  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
โทร 02-986-9213 E-mail address: npawalee@staff.tu.ac.th

6.9 อ.ดร.ภญ.อัญมณี ลาภมาก

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

โทร 045 363 623 E-mail address: anyamaneelapmag@gmail.com

**7. ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบ ไปที่ :**

สภาเภสัชกรรม (วิทยาลัยเภสัชบำบัด) ชั้น 8 อาคารหิตลาธิเบศร กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์  
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

**8. ค่าธรรมเนียมสมัครสอบคัดเลือกเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมฯ**

เป็นเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร

- ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาอยุธยากระทรวงสาธารณสุข ชื่อบัญชี สภาเภสัชกรรม  
เลขที่บัญชี 340-2-01454-8 ประเภทบัญชีเงินฝาก ออมทรัพย์ หรือ
- ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข ชื่อบัญชี สภาเภสัชกรรม  
เลขที่บัญชี 142-1-06705-6 ประเภทบัญชีเงินฝาก ออมทรัพย์

**9. กำหนดการสอบ : 25 มกราคม 2570 รูปแบบการสอบ : สอบผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์**

**10. คำแนะนำหลักสูตร**

10.1 หลักสูตรนี้มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมมีความรู้ และความชำนาญในสาขาเภสัชบำบัด  
อย่างครบถ้วนและมีความสามารถในการทำการวิจัยเชิงลึก

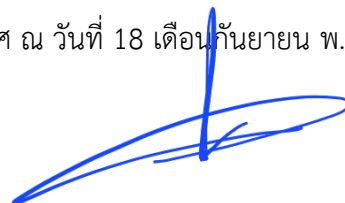
10.2 ระยะเวลาการฝึกอบรม 4 ปี โดยแบ่งการฝึกอบรมดังนี้

|           |                                |          |   |    |
|-----------|--------------------------------|----------|---|----|
| ปีที่ 1   | General Residency Training     | ระยะเวลา | 1 | ปี |
| ปีที่ 2-3 | Specialized Residency Training | ระยะเวลา | 2 | ปี |
| ปีที่ 4   | Research Fellowship            | ระยะเวลา | 1 | ปี |

ผู้ฝึกอบรมสามารถเข้ารับการฝึกอบรมไม่ต่อเนื่องได้ โดยสามารถเว้นช่วงฝึกอบรมหลังจากสิ้นสุด  
การฝึกอบรมในปีที่ 1 และปีที่ 3 ได้โดยระยะเวลาการฝึกอบรมโดยรวมไม่เกิน 8 ปี

จึงขอประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 18 เดือนกันยายน พ.ศ. 2569



(รองศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรวิชัย สันติมาลีวรกุล)

ประธานวิทยาลัยเภสัชบำบัด

ภายใต้ราชวิทยาลัยเภสัชกรรมแห่งประเทศไทย

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<br>ทำความเข้าใจใน เรื่องต่าง ๆ การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และ<br>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<br>(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 ภายใต้ราชวิทยาลัยเกษตรกรรมแห่งประเทศไทย  
สภากาชาดไทย ชั้น 8 อาคารมหิตลาธิเบศร 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.....