



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 23 / 2569

เรื่อง การรับสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้ารับการฝึกอบรม
หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมชั้นสูง สาขาเภสัชบำบัด ปี 2570

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : วิทยาลัยเภสัชบำบัด

สถาบันหลัก :

1. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	รับจำนวน 4 ราย
2. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	รับจำนวน 5 ราย
3. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	รับจำนวน 2 ราย
4. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	รับจำนวน 4 ราย
5. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	รับจำนวน 4 ราย
6. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	รับจำนวน 3 ราย

1. วันที่รับสมัคร : 19 ตุลาคม – 30 พฤศจิกายน 2569

2. จำนวนผู้ฝึกอบรมที่จะรับทั้งหมด 22 ราย (รวมทั้ง 6 สถาบัน)

3. คุณสมบัติของผู้สมัคร

- 3.1 เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม และ
- 3.2 มีประสบการณ์ในการให้บริการทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 500 ชั่วโมง (จำนวนชั่วโมงอาจนับรวมระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติงานในหลักสูตรการศึกษา) หรือ
- 3.3 มีคุณสมบัติเทียบเท่าที่สภาเภสัชกรรมรับรอง
- 3.4 สำหรับผู้ที่มีคุณสมบัติเพิ่มเติมดังต่อไปนี้ สามารถขอเทียบโอนหน่วยกิตได้
ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

3.4.1) ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในสาขาเภสัชบำบัดหรือที่เกี่ยวข้องเกื้อกูล มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี โดยในกรณีที่ผ่านมาการฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆ ดังต่อไปนี้ ได้แก่ การฝึกอบรมระยะสั้นที่ได้ รับการรับรอง จากสภาเภสัชกรรม การฝึกอบรม ประเภทอื่น ๆ ที่ได้รับความเห็นชอบจาก คณะกรรมการสอบ เช่น การฝึกอบรมสำหรับ หลักสูตรปริญญาโทด้านเภสัชกรรมคลินิก เป็นต้น ให้นับระยะเวลาการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ในสาขาเภสัชบำบัด เป็น 2 เท่า ของระยะเวลา การฝึกอบรมตามที่กำหนดในหลักสูตร

4. หลักฐานประกอบการรับสมัคร

- 4.1 ใบสมัครที่กรอกข้อความครบถ้วน และติดรูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว เรียบร้อยแล้ว จำนวน 1 ชุด
- 4.2 สำเนาใบปริญญาบัตร (สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาแล้ว) จำนวน 1 ชุด
- 4.3 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม จำนวน 1 ชุด
- 4.4 หนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาภาคการศึกษาสุดท้าย (สำหรับผู้ที่กำลังศึกษา) จำนวน 1 ชุด
- 4.5 สำเนาใบประมวลผลการศึกษา (Transcript) ระดับปริญญาตรี/โท/เอก จำนวน 1 ชุด
- 4.6 สำเนาใบทะเบียนสมรส / ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (กรณีชื่อ-สกุล ไม่ตรงกับหลักฐานการสมัครอื่นๆ) จำนวน 1 ชุด
- 4.7 หนังสือรับรองการศึกษาและคุณสมบัติประจำตัว (Recommendation) ของผู้ประเมินทั้งหมด 3 คน คนละ 1 ชุด
- 4.8 Curriculum Vitae (CV) จำนวน 1 ชุด
- 4.9 หนังสือรับรองประสบการณ์ในการให้บริการทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 500 ชั่วโมง จำนวน 1 ชุด
- 4.10 หนังสืออนุญาตให้เข้ารับการฝึกอบรมจากต้นสังกัด จำนวน 1 ชุด
- 4.11 สำเนาหลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมสมัครสอบคัดเลือกฯ จำนวน 1 ฉบับ
- 4.12 สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามเอกสารแนบท้ายประกาศ ให้ยื่นหลักฐานเพิ่มเติมดังนี้
 - 4.12.1 หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้ได้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ในสาขาเภสัชบำบัด มาเป็นเวลา 5 ปี ประกอบด้วย
 - (ก) แฟ้มสะสมผลงาน (*portfolio) ตามที่คณะกรรมการกำหนด จำนวน 1 ชุด
 - (ข) แบบประวัติส่วนตัวและผลงานสำหรับการขอเทียบโอนหน่วยกิต จำนวน 1 ชุด

หมายเหตุ *portfolio หมายถึง ประการณียบัตรที่ผ่านการอบรมรายวิชาที่เทียบเท่ากับวิชา Research methodology & Biostatistics for pharmacy resident จากหลักสูตรหรือการประชุมอื่นๆ ทั้ง onsite หรือ online และผลสอบผ่านการประเมินในรายวิชา รวมถึงรายละเอียดหัวข้อของการฝึกอบรมเทียบเคียงกับหัวข้อในวิชาดังกล่าว หากไม่มีเอกสารนี้ ยังสามารถสมัครเข้ารับการอบรมได้ แต่จะไม่สามารถเทียบโอนหน่วยกิตของวิชา Research methodology & Biostatistics for pharmacy resident ได้

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. ผศ.ดร.ภก.สุธาร จันทะวงศ์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
โทรศัพท์ 043 348 353 E-mail address: suthch@kku.ac.th

- 6.3. ผศ.ดร.ชญ.โชติรัตน์ นครานุรักษ์
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทรศัพท์ 08 6563 9695
E-mail address : chotirat.n@pharm.chula.ac.th
- 6.4. ผศ.ดร.ชญ.จุฑาทิพย์ สุพรรณกลาง
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
โทรศัพท์ 08 9194 2995
E-mail address : SUPHANKLANG_J@su.ac.th
- 6.5. ผศ.ดร.ชญ.วรธิมา อยู่ดี
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
โทรศัพท์ 053 944 351
E-mail address : voratima.silavanich@cmu.ac.th
- 6.6. อ.ดร.ชญ.อัญมณี ลาภมาก
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
โทรศัพท์ 045 363 623
E-mail address: anyamaneelapmag@gmail.com

7. ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบ ไปที่ :

สภาเภสัชกรรม (วิทยาลัยเภสัชบำบัด) อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

8. ค่าธรรมเนียมสมัครสอบคัดเลือกเพื่อเข้ารับการศึกษาอบรมฯ

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 ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ตั้งแต่เวลา 09.00 – 12.00 น.

ประเภทการสอบข้อเขียน

ตั้งแต่เวลา 13.00 น เป็นต้นไป

ประเภทการสอบสัมภาษณ์กรณีศึกษาปากเปล่า

จึงขอประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 18 เดือนกันยายน พศ.2569

(รองศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรวิชัย สันติมาลีวรกุล)

ประธานวิทยาลัยเภสัชบำบัด

ภายใต้ราชวิทยาลัยเภสัชกรรมแห่งประเทศไทย

เอกสารแนบท้ายประกาศ

1 รายวิชาที่สามารถเทียบโอนหน่วยกิตหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมชั้นสูง สาขาเภสัชบำบัด (11) รายวิชาที่สามารถเทียบโอนหน่วยกิต ดังนี้

ลำดับ	รายวิชาในหลักสูตร	จำนวนหน่วยกิต	การศึกษาในระบบการศึกษานอกระบบหรือการศึกษาตามอัธยาศัยที่นำมาเทียบโอน
1	Research methodology & Biostatistics for pharmacy resident	4 (3-1)	อบรมรายวิชาดังกล่าวจากหลักสูตรหรือการประชุมอื่นๆ ทั้ง onsite หรือ online# และสอบผ่านการประเมินในรายวิชา
2	Communication Skills in Pharmaceutical Care	2 (1-1)	ประกอบวิชาชีพในสาขาเภสัชบำบัดหรือที่เกี่ยวข้องเกื้อกูล มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี*
3	Systematic Approach & Clinical Skills in Pharmaceutical Care	4 (2-2)	ประกอบวิชาชีพในสาขาเภสัชบำบัดหรือที่เกี่ยวข้องเกื้อกูล มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี*
4	Residency in pharmacotherapy training	21 (0-21)	ประกอบวิชาชีพในสาขาเภสัชบำบัดหรือที่เกี่ยวข้องเกื้อกูล มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี*

*โดยในกรณีที่ผ่านมาการฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆ ดังต่อไปนี้ ได้แก่ การฝึกอบรมระยะสั้นที่ได้รับการรับรองจากสภาเภสัชกรรม การฝึกอบรมประเภทอื่น ๆ ที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการสอบ เช่น การฝึกอบรมสำหรับหลักสูตรปริญญาโทด้านเภสัชกรรมคลินิก เป็นต้น ให้นำระยะเวลาการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ในสาขาเภสัชบำบัด เป็น 2 เท่า ของระยะเวลาการฝึกอบรมตามที่กำหนดในหลักสูตร

#หลักสูตรอื่น ๆ ที่มีรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับ research methodology & Biostatistics เช่น หลักสูตร เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต หรือหลักสูตรเภสัชศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต; การประชุมวิชาการ ที่ได้รับหน่วยกิต การศึกษาต่อเนื่อง และมีหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับ research methodology & Biostatistics; การเรียนรู้ด้วยตนเองในระบบ online ที่มีใบประกาศนียบัตรแสดงผล “ผ่าน” หรือได้รับผลการเรียนรู้ตั้งแต่ A-C จากสถาบันการศึกษาที่ได้รับการรับรอง จากกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม

(12) รายวิชาที่ไม่สามารถเทียบโอนได้ ดังนี้

ลำดับ	รายวิชาในหลักสูตร	จำนวนหน่วยกิต	การเรียนการสอนและการประเมินผลในหลักสูตร
1	Current Topics in Pharmacotherapy 1	3 (2-1)	เรียนรายวิชาผ่านระบบ online หรือ onsite ที่จัดทำโดยวิทยาลัยเภสัชบำบัดแห่งประเทศไทย หรือสถาบันฝึกอบรมและสอบผ่านการประเมินในรายวิชา
2	Current Topics in Pharmacotherapy 2	3 (2-1)	เรียนรายวิชาผ่านระบบ online หรือ onsite ที่จัดทำโดยวิทยาลัยเภสัชบำบัดแห่งประเทศไทย หรือสถาบันฝึกอบรม และสอบผ่านการประเมินในรายวิชา

ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่สอบผ่านเข้ารับการศึกษาค้นคว้าในหลักสูตรฯ มีคุณสมบัติครบถ้วน ผ่านการเทียบโอนรายวิชาในหลักสูตร 4 รายวิชาที่กำหนดในข้อ 1 และ เรียนรายวิชาในหลักสูตร 2 รายวิชาที่กำหนด ในข้อ 2 สามารถขอสอบเพื่อรับประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมชั้นสูง สาขาเภสัชบำบัดได้

ใบสมัครเลขที่.....



เลขที่สมัคร

--	--	--	--

ติดยุทธศาสตร์ 1 นิ้ว
ให้เรียบร้อย
ก่อนยื่นใบสมัคร

ใบสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้ารับการฝึกอบรม
หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมชั้นสูง
สาขาเภสัชบำบัด ปี พ.ศ.....

1. ประวัติส่วนตัว

- ชื่อ นาย/ นาง/ นางสาว.....นามสกุล.....
- Name Mr./ Mrs./ Miss.....Surname.....
- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เลขที่ ภ..... วันที่ออกใบอนุญาต ฯ
- วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....
- สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง
- อาชีพ ☐ รับราชการ ☐ เอกชน ☐ อื่น ๆ.....
- ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกทางไปรษณีย์ เลขที่.....ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
มือถือ.....E-mail Address.....
- ที่อยู่ถาวร เลขที่.....ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
- ผู้สมัครสอบคัดเลือกต้องติดต่อกับผู้รับผิดชอบหลักสูตรของสถาบันฝึกอบรมที่ผู้สมัครสอบฯ ต้องการเข้ารับการฝึกอบรม โดยให้ผู้รับผิดชอบหลักสูตรลงนามยืนยันในใบสมัครสอบฯ ก่อนนำส่งใบสมัครฯ ไปให้วิทยาลัยฯ
 - ☐ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สนใจเข้ารับการฝึกอบรม อันดับที่
ลงรายชื่อ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร รับทราบ
 - ☐ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 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 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. หากท่านได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงในครั้งนี้ ท่านมีความสนใจ/ความต้องการที่จะทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ

เรื่อง.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบตามประกาศรับสมัครของสภาวิชาชีพกรรมชั้นสูงในครั้งนี้ ท่านมีความสนใจ/ความต้องการที่จะทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ

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) จำนวน 2 ชุด
- ☐ 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 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

วิทยาลัยเภสัชบำบัดแห่งประเทศไทย

สภาเภสัชกรรม ชั้น 8 อาคารมสทิตลาธิเบศร กระทรวงสาธารณสุข

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

เบอร์โทรศัพท์: 0-2591-9992-5 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
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)
หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาเภสัชบำบัด

ผู้กรอกหนังสือรับรองฉบับนี้หลังจากกรอกเสร็จโปรดผนึกซองส่งที่

วิทยาลัยเภสัชบำบัดแห่งประเทศไทย
สภเภสัชกรรม ชั้น 8 อาคารมหิตลาธิเบศร กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

เบอร์โทรศัพท์: 0-2591-9992-5

**หนังสือรับรองประสบการณ์การบริการทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง 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.....
ซึ่งประสงค์จะสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง 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.....