



ใบสมัครสอบประเมินผลเภสัชกรประจำบ้านชั้นปีที่ 3

ประเภท สอบปากเปล่าข้างเตียงผู้ป่วย (Bedside Examination)

หลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สาขาเภสัชบำบัด
วิทยาลัยเภสัชบำบัดแห่งประเทศไทย

วันที่.....

เภสัชกรประจำบ้าน ชื่อ..... นามสกุล..... สาขา.....

เภสัชกรประจำบ้าน ณ สถาบันแหล่งฝึกอบรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....

1.ขอแสดงความจำนงในการเข้าสอบประเมินผลเภสัชกรประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ดังนี้

เข้าสอบ ในวันที่ เดือน..... พ.ศ. เวลาสอบ.....ถึง.....น.
สถานที่สอบ ณ ห้อง..... ฝ่าย/แผนก/ภาควิชา.....
ชั้น.....อาคาร..... (โรงพยาบาล / คณะ / มหาวิทยาลัย).....
ถนน.....(ตำบล/แขวง).....(อำเภอ/เขต).....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

2.รายชื่อกรรมการควบคุมการสอบฯ จำนวนท่าน ดังนี้

1. (ชื่อ-สกุล).....สังกัดประธานฯ
2. (ชื่อ-สกุล).....สังกัดอนุกรรมการ
3. (ชื่อ-สกุล).....สังกัดอนุกรรมการ
4. (ชื่อ-สกุล).....สังกัดอนุกรรมการ
5. (ชื่อ-สกุล).....สังกัดอนุกรรมการและเลขานุการ

หมายเหตุ – คณะกรรมการควบคุมการสอบฯ อย่างน้อย 3 ท่าน ประกอบไปด้วย

1. อาจารย์ประจำหลักสูตรของสถาบันหลัก
2. อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
3. อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหลักสูตร

โดยกรรมการ 2 ใน 3 ท่านนี้ เป็นอาจารย์เฉพาะทางที่เกี่ยวกับสาขาเน้นของเภสัชกรประจำบ้าน

3.เอกสารสำหรับดำเนินการสอบฯ

- คำสั่งแต่งตั้งกรรมการควบคุมการสอบฯ (วิทยาลัยเภสัชบำบัดฯ เป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้งฯ)
- หนังสือขออนุมัติกรรมการควบคุมการสอบฯ จากต้นสังกัด (โปรดระบุ)
ออกโดย สถาบันแหล่งฝึกอบรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....
 วิทยาลัยเภสัชบำบัดฯ
- หนังสือขอใช้สถานที่การสอบฯ (โปรดระบุ)
ออกโดย สถาบันแหล่งฝึกอบรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....
 วิทยาลัยเภสัชบำบัดฯ

โดยส่งถึง (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / คนบติ / อื่นๆ โปรดระบุ).....

สำเนาเรียน 1..... 2.....

ผู้ประสานงาน เบอร์ติดต่อ.....

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

เภสัชกรประจำบ้าน

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....

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

อาจารย์ผู้ฝึกอบรม / ประธานหลักสูตรฝึกอบรมฯ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....