



## ใบแสดงความจำนงเพื่อเข้าสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

หลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สาขาเภสัชบำบัด  
วิทยาลัยเภสัชบำบัดแห่งประเทศไทย

วันที่.....

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

เภสัชกรประจำบ้าน ณ สถาบันแหล่งฝึกอบรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....

ชื่อวิทยานิพนธ์(ชื่อภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ).....

### 1.ขอแสดงความจำนงเพื่อเข้าสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ 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 จำนวน .....ท่าน ดังนี้

1. (ชื่อ-สกุล)..... สังกัด ..... ประธานฯ
2. (ชื่อ-สกุล)..... สังกัด ..... อนุกรรมการ
3. (ชื่อ-สกุล)..... สังกัด ..... อนุกรรมการ
4. (ชื่อ-สกุล)..... สังกัด ..... อนุกรรมการ (ถ้ามี)
5. (ชื่อ-สกุล)..... สังกัด ..... อนุกรรมการและเลขานุการ(ถ้ามี)

หมายเหตุ – คณะอนุกรรมการควบคุมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ : ประกอบด้วยกรรมการสอบ

อย่างน้อย 3 คน ดังต่อไปนี้

1. ผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกหลักสูตรฯ จำนวน 1 คน เป็นประธานอนุกรรมการสอบ
2. อาจารย์ที่ปรึกษา หรือ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม จำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการสอบ
3. กรรมการบริหารหลักสูตรของแต่ละสถาบันที่ไม่ใช่อาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการสอบ

### 3.เอกสารสำหรับดำเนินการสอบฯ

คำสั่งแต่งตั้งกรรมการควบคุมการสอบฯ (วิทยาลัยเภสัชบำบัดฯ เป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้งฯ)

หนังสือขออนุมัติกรรมการควบคุมการสอบฯ จากต้นสังกัด (โปรดระบุ)

ออกโดย

สถาบันแหล่งฝึกอบรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....

วิทยาลัยเภสัชบำบัดฯ

หนังสือขอใช้สถานที่การสอบฯ (โปรดระบุ)

ออกโดย

สถาบันแหล่งฝึกอบรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....

วิทยาลัยเภสัชบำบัดฯ

โดยส่งถึง (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / คณบดี / อื่นๆ โปรดระบุ).....  
สำเนาเรียน 1..... 2.....  
ผู้ประสานงาน ..... เบอร์ติดต่อ.....

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

เภสัชกรประจำบ้าน

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

อาจารย์ผู้ฝึกอบรม / ประธานหลักสูตรฝึกอบรมฯ  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....