



## คำขอรับการฝึกอบรมเพื่อเสริมสมรรถนะวิชาชีพเภสัชกรรม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

ชื่อ นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) .....

ที่อยู่ติดต่อได้ ..... เลขที่ ..... หมู่ ..... ตรอก/ซอย .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ..... Email .....

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา ..... ประเทศ .....

สถานะปัจจุบัน  ผู้สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาในต่างประเทศ ผู้ได้รับปริญญาทางเภสัชศาสตร์ จากสถาบันที่กระทรวงการอุดมศึกษาฯ ให้การรับรองปริญญาสถานะการสอบ  สอบผ่านการสอบข้อเขียนแล้ว  สอบผ่านการสอบทักษะทางวิชาชีพแล้ว ยังสอบไม่ผ่านข้อสอบข้อเขียน และการสอบทักษะทางวิชาชีพ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอเข้ารับการฝึกอบรมในหัวข้อวิชาเพื่อเสริมสมรรถนะวิชาชีพเภสัชกรรม จำนวน 6 วิชา ตามที่สภาเภสัชกรรมประกาศกำหนด โดยได้แนบหลักฐานประกอบการขอฝึกอบรม ดังนี้

 1. สำเนาปริญญาบัตร หรือ สำเนาใบรับรองการศึกษา จำนวน 1 ฉบับ 2. หลักฐานการโอนเงินค่าสมัคร เป็นเงิน 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) จำนวน 1 ฉบับ

ค่าสมัครให้โอนเงินผ่านบัญชีเงินธนาคารชื่อบัญชี “สภาเภสัชกรรม” ประเภท “ออมทรัพย์” สาขา “กระทรวงสาธารณสุข”

 ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 340 - 2 - 01454 - 8 หรือ  ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 142 - 1 - 06705 - 6

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

.....



ประกาศสภาที่ 76/2567

ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 76/2567 เรื่อง หลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับผู้ได้รับปริญญา จากสถาบันที่กระทรวงการอุดมศึกษาฯ ให้การรับรองปริญญา หรือสถาบันต่างประเทศ เพื่อเสริมสมรรถนะวิชาชีพเภสัชกรรม

สภาเภสัชกรรม อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 88/19 หมู่ 4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2591 9992 Email : pharthalai@pharmacycouncil.org