

แบบแจ้งความจำนง ขอที่ปรึกษา / ผู้เยี่ยมสำรวจ องค์การวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- ชื่อโรงพยาบาลจังหวัด.....
 ที่อยู่.....รหัสไปรษณีย์.....
 ประเภท () โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย () รพศ./รพท. () โรงพยาบาลชุมชน
 () โรงพยาบาลเอกชน () อื่นๆ ระบุ
 สังกัด..... ขนาด.....เตียง
 ระดับขีดความสามารถ () A () S () M1 () M2 () F1 () F2 () F3
 จำนวนผู้ป่วยนอก เฉลี่ยต่อวัน.....คน อัตราการครองเตียง เฉลี่ย.....%
 ช่วงเวลาที่เปิดให้บริการเภสัชกรรม () 8 ชั่วโมง () 8 – 16 ชั่วโมง () 24 ชั่วโมง
- จำนวน เภสัชกรประจำ.....คน เภสัชกรนอกเวลา (Part time).....คน
 เภสัชกรมีใบประกอบวิชาชีพ.....คน
 พนักงานผู้ช่วย.....คน อื่นๆ.....คน (ระบุ).....
- สถานะการรับรอง () ชั้น 1 () ชั้น 2 () Accreditation
 () Reaccreditation ครั้งที่.....
- ผู้ประสานงาน / รับผิดชอบงานคุณภาพฝ่ายเภสัชกรรม
 ชื่อ-นามสกุล.....
 ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
 โทรศัพท์.....โทรสาร.....
 โทรศัพท์มือถือ.....
 e-mail address.....

ส่วนที่ 2 ความจำนงต่อองค์การวิชาชีพ

- โรงพยาบาลเคยได้รับการเยี่ยมสำรวจจากองค์การวิชาชีพแล้วเมื่อ.....
- โรงพยาบาลมีความประสงค์ให้สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลฯ จัดวิทยากรในนามองค์การวิชาชีพเพื่อ
- () เยี่ยมสำรวจงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล ก่อนการตรวจรับรองโดย สรพ.
- () ให้คำปรึกษาด้านเภสัชกรรมโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

วันที่.....