



**ใบสมัครการฝึกปฏิบัติหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นการบริหารทางเภสัชกรรม
(สาขาการประเมินและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา)
ระยะเวลา 12 สัปดาห์ รอบปีงบประมาณ 2560 – 2561**

ข้อมูลผู้สมัคร (เพื่อประโยชน์ของผู้สมัคร โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน ชัดเจน)

ข้าพเจ้า(ภก./ภญ./ยศ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....
 โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
 สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย เอกชน อื่นๆ โปรดระบุ.....
 ตำแหน่ง/งานหลักที่รับผิดชอบ ประสบการณ์ในงาน ADR..... ปี
 เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์..... สถานภาพ สมาชิกสมาคมฯ เลขที่สมาชิก..... เกสัชกรผู้สนใจ
 สถานที่ติดต่อ เลขที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....
 โทรศัพท์มือถือ..... e-mail address.....

มีความประสงค์จะฝึกปฏิบัติงาน ณ แหล่งฝึกเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. ปฏิบัติงานเป็นเภสัชกรโรงพยาบาลตั้งแต่ปีพ.ศ.....
2. ได้เข้าร่วมงานประชุมเชิงปฏิบัติการและประชุมวิชาการในภาคทฤษฎีแล้ว (โปรดระบุ)
เข้าร่วมประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ (basic course)
 18-22 พฤศจิกายน 2556 24-28 พฤศจิกายน 2557 12-16 ตุลาคม 2558
 01-05 สิงหาคม 2559 03-07 กรกฎาคม 2560
เข้าร่วมประชุมวิชาการ Advances in ADR: Common Drug-Induced Organ Disorder
 19-21 มีนาคม 2556 18-20 ธันวาคม 2556 14-16 มกราคม 2558
 05-07 ตุลาคม 2559 04-06 ตุลาคม 2560
3. ได้รับอนุญาตจากหัวหน้าฝ่าย/ผู้บริหารโรงพยาบาลให้เข้ารับการฝึกอบรม/ปฏิบัติฯ (แนบหลักฐานมาด้วย)
4. รับทราบเงื่อนไขการผ่านหลักสูตรแล้ว

สถานที่ที่สามารถเข้ารับการฝึกปฏิบัติ (โปรดเลือก) แต่ละแหล่งฝึกจะรับผู้ฝึกปฏิบัติ 1 คนเท่านั้น

ปีพ.ศ. 2560 (ช่วงเวลาฝึกให้ตกลงกับแหล่งฝึก) รพ.สมุทรสาคร (รับได้ 2 คน)

ปีพ.ศ. 2561 ระยะเวลา มีนาคม-พฤษภาคม 2561

- รพ.สุราษฎร์ธานี (รับได้ 2 คน) รพ.ขอนแก่น (รับได้ 2 คน) รพ.ชลบุรี รพ.หาดใหญ่
 รพ.บุรีรัมย์ (รับฝึก กุมภาพันธ์-เมษายน 2561)
 รพ.สมุทรสาคร (รับได้ 2 คน ช่วงเวลาฝึกให้ตกลงกับแหล่งฝึก)

หมายเหตุ กรณีที่มีผู้สมัครเกินจำนวนที่รับได้ การพิจารณาคัดเลือกผู้ฝึกปฏิบัติจะขึ้นกับดุลยพินิจของแหล่งฝึก

ค่าลงทะเบียนรวมค่าประกาศนียบัตร (ไม่รวมค่าที่พักและค่าเดินทาง)

- 16,000 บาท (สำหรับสมาชิก) 21,000 บาท (สำหรับเภสัชกรผู้สนใจ)

ชำระโดย โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี “สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)”

- บัญชีออมทรัพย์ ธ.กสิกรไทย สาขาสุขุมวิท 57 เลขที่ 046-2-73779-3

กรุณาส่งใบสมัคร/หลักฐานการชำระเงินทาง email: hp@thaihp.org ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2560

ลงชื่อ.....
วันที่.....