



ใบสมัคร: ฝึกปฏิบัติงาน ณ แหล่งฝึก ระยะเวลา 12 สัปดาห์ หลักสูตรประกาศนียบัตรการฝึกอบรมระยะสั้น  
 การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ปี พ.ศ. 2561

Short Course Training Certification in Anticoagulation Clinic Care Management 2018

ข้อมูลผู้สมัคร (เพื่อประโยชน์ของผู้สมัคร โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน ชัดเจน)

ข้าพเจ้า (ภก./ภญ./ยศ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

สังกัด  กระทรวงสาธารณสุข **ระดับรพ.  A  S  M1-2  F1-3**

ทบวงมหาวิทยาลัย  เอกชน  อื่นๆ โปรดระบุ.....

ตำแหน่ง/งานหลักที่รับผิดชอบหลัก ..... ประสบการณ์ในตำแหน่ง..... ปี

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์..... สถานภาพ  สมาชิกสมาคมฯ เลขที่สมาชิก.....  เภสัชกรผู้สนใจ

สถานที่ติดต่อ เลขที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง..... เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....e-mail.....

มีความประสงค์เข้าร่วมการฝึกปฏิบัติ ณ แหล่งฝึก ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นสมาชิกสมาคมฯ และปฏิบัติงานเป็นเภสัชกรโรงพยาบาลตั้งแต่ปีพ.ศ.....
2. เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ (2 สัปดาห์) เรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ดังนี้
  - จัดโดยสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ระหว่างวันที่ 21 พฤศจิกายน – 2 ธันวาคม 2559
  - จัดโดยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีพ.ศ. 2559 ระหว่างวันที่ .....

**(แนบหลักฐาน เช่นใบประกาศนียบัตร) กรณีเคยอบรมมากเกินกว่า 2 ปี ให้มีการประเมินความพร้อม โดยกรรมการก่อน)**
3. ได้รับอนุญาตจากหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานหรือผู้บริหารโรงพยาบาลให้เข้ารับการฝึกอบรม/ปฏิบัติฯ (แนบหลักฐานมาด้วย)
4. รับทราบเงื่อนไขการผ่านหลักสูตรแล้ว

สถานที่และช่วงเวลาที่สามารถเข้ารับการฝึกอบรม/ปฏิบัติ (โปรดเลือก)

โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> ศิริราช (รับเฉพาะรุ่นที่ 2)	<input type="checkbox"/> รามาธิบดี
	<input type="checkbox"/> จังหวัดแพร่	<input type="checkbox"/> มหาราชนครเชียงใหม่ (รับเฉพาะรุ่นที่ 3)
	<input type="checkbox"/> เชียงรายประชานุเคราะห์ (รับรุ่นละ 2 คน)	<input type="checkbox"/> มหาวิทยาลัยนเรศวร
	<input type="checkbox"/> มหาราชนครราชสีมา (รับรุ่นละ 2 คน)	<input type="checkbox"/> อุดรธานี (รับเฉพาะรุ่นที่ 2 และรุ่นที่ 3)
	<input type="checkbox"/> สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี (รับเฉพาะรุ่นที่ 1)	
	<input type="checkbox"/> พระปกเกล้า จันทบุรี (รับเฉพาะรุ่นที่ 3)	<input type="checkbox"/> จังหวัดระยอง

ช่วงเวลา  รุ่นที่ 1: 8 มกราคม – 31 มีนาคม 2561  
 รุ่นที่ 2: 16 เมษายน – 6 กรกฎาคม 2561  
 รุ่นที่ 3: 9 กรกฎาคม – 28 กันยายน 2561

ค่าลงทะเบียน  20,000 บาท (สำหรับสมาชิก)  22,000 บาท (สำหรับเภสัชกรผู้สนใจ)

ชำระค่าลงทะเบียน โดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี “สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)”  
 บัญชีออมทรัพย์ ธ.กสิกรไทย สาขาสุขุมวิท 57 เลขที่บัญชี 046-2-73779-3

ลงชื่อ.....  
 วันที่.....

หมายเหตุ คณะกรรมการ HATHAI จะรวบรวมใบสมัครเพื่อพิจารณาจัดสรรตามความเหมาะสม โดยจะแจ้งผลการพิจารณากำหนด  
 สถานที่ และรุ่นการฝึกอบรม ในจดหมายตอบรับการลงทะเบียนที่ส่งถึงผู้สมัครโดยตรง กรุณาส่งใบสมัครที่ email: [hp@thaihp.org](mailto:hp@thaihp.org)  
 สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย) โทร. 02-2499333