



ใบสมัครฝึกปฏิบัติงาน หลักสูตร ประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรม (สาขาโรคติดเชื้อและยาต้านจุลชีพ) ปี พ.ศ. 2561
Short Course Training Certificate in Pharmacy (Infectious Diseases and Antimicrobial Agents) 2018

ข้อมูลผู้สมัคร (เพื่อประโยชน์ของผู้สมัคร โปรดกรอรายละเอียดให้ครบถ้วน ชัดเจน)

ข้าพเจ้า(ภก./ภญ./ยศ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....
โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
สังกัด กระทรวงสาธารณสุข สำนัก/กรม.....
 ทบวงมหาวิทยาลัย เอกชน อื่นๆ โปรดระบุ.....
เป็นโรงพยาบาลขนาด เตียง ตำแหน่ง/งานหลักที่รับผิดชอบ
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ สถานภาพ สมาชิกสมาคมฯ เลขที่สมาชิก..... เภสัชกรผู้สนใจ
สถานที่ติดต่อ เลขที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ..... e-mail address.....

มีความประสงค์เข้าร่วมอบรมในหลักสูตรสาขาโรคติดเชื้อและยาต้านจุลชีพ ระยะเวลา 16 สัปดาห์โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่ปฏิบัติงานในสาขาโรคติดเชื้อและยาต้านจุลชีพ
2. ได้รับใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม และไม่เคยถูกลงโทษในคดีทางจรรยาบรรณในระยะเวลา 2 ปี ก่อนสมัคร
3. ได้รับอนุญาตจากหัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัดให้เข้ารับการอบรม (แนบหลักฐานมาด้วย)
4. รับทราบเงื่อนไขการผ่านหลักสูตรแล้ว

สถานที่และช่วงเวลาที่สามารถเข้ารับการฝึกอบรม/ปฏิบัติ

สถานที่ฝึกอบรม โรงพยาบาลศิริราช (รับรุ่นละ 2 คน)

ช่วงเวลา (โปรดเลือก) รุ่นที่ 1: เมษายน – กรกฎาคม 2561 รุ่นที่ 2: สิงหาคม – พฤศจิกายน 2561

ค่าลงทะเบียน 30,000 บาท (สำหรับสมาชิก) 32,000 บาท (สำหรับเภสัชกรผู้สนใจ)

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

ลงชื่อ.....

วันที่.....

ส่งใบสมัครทาง e-mail ที่ hp@thaihp.org

รุ่นที่ 1 เปิดรับใบสมัครถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561 โดยคณะกรรมการ SOPITT จะรวบรวมใบสมัครเพื่อพิจารณาจัดสรร
ตามความเหมาะสม และส่งจดหมายตอบรับการลงทะเบียนถึงผู้สมัครโดยตรงภายในวันที่ 10 มีนาคม 2561

ซึ่งผู้สมัครต้องดำเนินการชำระค่าลงทะเบียน ภายในวันที่ 15 มีนาคม 2561

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) โทร. 02-2499333