



## ใบสมัคร

การฝึกอบรมด้านเทคนิคการผสมยาเคมีบำบัดที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ปี พ.ศ. 2561

Training on Cytotoxic Intravenous Admixture, 2018

ส่วนที่ 2: การฝึกเทคนิคการผสมยาเคมีบำบัดที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ณ แหล่งฝึก ระยะเวลา 6 สัปดาห์ (30 วันทำการ)

### ข้อมูลผู้สมัคร (เพื่อประโยชน์ของผู้สมัคร โปรดกรอรายละเอียดให้ครบถ้วน ชัดเจน)

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

มีความประสงค์เข้าร่วม การฝึกเทคนิคการผสมยาเคมีบำบัดที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ณ แหล่งฝึก ระยะเวลา 6 สัปดาห์ (30 วันทำการ) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นสมาชิกสมาคมฯ และปฏิบัติงานเป็นเภสัชกรโรงพยาบาลตั้งแต่ปีพ.ศ.....
2. มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน  IV admixture.....ปี  TPN.....ปี
3. เข้าร่วมประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ (หลักสูตร 5 วัน)  19-23 มิถุนายน 2560  18-22 มิถุนายน 2561
4. ได้รับอนุญาตจากหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานหรือผู้บริหารโรงพยาบาลให้เข้ารับการฝึกอบรม/ปฏิบัติ (แบบหลักฐานมาด้วย)

### สถานที่และช่วงเวลาที่สามารถเข้ารับการฝึกอบรม/ปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลแหล่งฝึกที่ได้รับการรับรอง (โปรดเลือก)

- ภาคเหนือ**  รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**  รพ.ขอนแก่น  รพ.บุรีรัมย์  
 รพ.สรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี  รพ.อุดรธานี
- ภาคตะวันออก**  รพ.พุทธโสธร จ.ฉะเชิงเทรา
- ภาคกลาง**  รพ.รามธิบดี (รับเฉพาะรุ่น 1, รุ่น 3, รุ่น 5 และรุ่น 7)  
 รพ.ศิริราช  รพ.ราชวิถี  
 รพ.บำรุงราษฎร์
- ภาคใต้**  รพ.สงขลานครินทร์  รพ.สุราษฎร์ธานี
- รุ่นที่ 1: 16 ก.ค. - 24 ส.ค.61  รุ่นที่ 2: 6 ส.ค. - 14 ก.ย.61  รุ่นที่ 3: 27 ส.ค. - 5 ต.ค.61  
 รุ่นที่ 4: 17 ก.ย. - 26 ต.ค.61  รุ่นที่ 5: 8 ต.ค. - 16 พ.ย.61  รุ่นที่ 6: 29 ต.ค. - 7 ธ.ค.61  
 รุ่นที่ 7: 19 พ.ย. - 28 ธ.ค. 61  รุ่นที่ 8: 7 ม.ค. - 15 ก.พ.62

หมายเหตุ คณะทำงาน GTAPP จะรวบรวมใบสมัครเพื่อพิจารณาจัดสรรตามความเหมาะสม โดยจะแจ้งผลการพิจารณากำหนดสถานที่และรุ่นการฝึกอบรม ในจดหมายตอบรับการลงทะเบียนที่ส่งถึงผู้สมัครโดยตรง

ชำระค่าลงทะเบียน  15,000 บาท (สำหรับสมาชิก)  20,000 บาท (สำหรับเภสัชกรไม่ใช่สมาชิก)  
 โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกสิกรไทย สาขาสุขุมวิท 57 ชื่อบัญชี “สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)”  
 บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 046-2-73779-3

ลงชื่อ.....  
 วันที่.....

กรุณาส่งใบสมัครทาง email: [hp@thaihp.org](mailto:hp@thaihp.org) ภายในวันที่ 31 พฤษภาคม 2561