



ใบสมัคร: ฝึกปฏิบัติงาน ณ แหล่งฝึก ระยะเวลา 12 สัปดาห์ หลักสูตรประกาศนียบัตรการฝึกอบรมระยะสั้น
การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ปี พ.ศ. 2562

Short Course Training Certification in Anticoagulation Clinic Care Management 2019

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 และปฏิบัติงานเป็นเภสัชกรโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ.....
 2. เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ (2 สัปดาห์) เรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (แบบหลักฐานใบประกาศนียบัตรมาด้วย) ดังนี้
 จัดโดยสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ระหว่างวันที่ 21 พฤศจิกายน – 2 ธันวาคม 2559
 จัดโดยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ.ระหว่างวันที่
- กรณีเคยอบรมมาแล้วเกินกว่า 2 ปี ต้องได้รับการประเมินความพร้อมโดยกรรมการก่อน**
3. ได้รับอนุญาตจากหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานหรือผู้บริหารโรงพยาบาลให้เข้ารับการฝึกอบรม/ปฏิบัติฯ (แบบหลักฐานมาด้วย)
 4. รับประทานเงื่อนไขการผ่านหลักสูตรแล้ว

สถานที่และช่วงเวลาที่สามารถเข้ารับการฝึกอบรม/ปฏิบัติ (โปรดเลือกแหล่งฝึก)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> รพ.ศิริราช (รับเฉพาะรุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 3) | <input type="checkbox"/> รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ (รับได้เฉพาะรุ่นที่ 2) |
| <input type="checkbox"/> รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์ (รับรุ่นละ 2 คน) | |
| <input type="checkbox"/> รพ.มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก | |
| <input type="checkbox"/> รพ.มหาราชนครราชสีมา (รับรุ่นละ 2 คน) | <input type="checkbox"/> รพ.สรรพสิทธิประสงค์ (รับเฉพาะรุ่นที่ 3 รับได้ 2 คน) |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลจังหวัดระยอง | |

ช่วงเวลา รุ่นที่ 1: 1 กรกฎาคม 2562 – 20 กันยายน 2562

รุ่นที่ 2: 7 ตุลาคม 2562 – 27 ธันวาคม 2562

รุ่นที่ 3: 6 มกราคม 2563 – 27 มีนาคม 2563

ค่าลงทะเบียน 21,000 บาท (สำหรับสมาชิก) 23,000 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

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) โทร. 02-2499333