



ใบสมัคร

การฝึกปฏิบัติเทคนิคการผสมยาเคมีบำบัดที่ให้ทางหลอดเลือดดำสำหรับเภสัชกร ปี พ.ศ. 2568 2025 Technical Practice on Cytotoxic Intravenous Admixture for Pharmacists

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..... เภสัชกรผู้สนใจ

เบอร์มือถือ.....e-mail address..... ID line.....

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

1. ปฏิบัติงานเป็นเภสัชกรโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ.
2. มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน IV admixture.....ปี TPN.....ปี
3. เข้าร่วมประชุมวิชาการ 10-12 ม.ค. 2566 16-18 ม.ค. 2567 20-22 ม.ค. 2568
4. ได้รับอนุญาตจากหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน หรือผู้บริหารโรงพยาบาลให้เข้ารับการฝึกอบรม/ปฏิบัติฯ (แนบหลักฐานมาด้วย)

สถานที่และช่วงเวลาที่สามารถเข้ารับการฝึกอบรม/ปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลแหล่งฝึกที่ได้รับการรับรอง (โปรดเลือก)

รับจำนวน 1 คน ต่อ 1 แหล่งฝึก ต่อ 1 ผลัด

ภาคเหนือ รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รพ.ขอนแก่น รพ.อุดรธานี

รพ.บุรีรัมย์ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

ภาคตะวันออก รพ.พุทธโสธร จ.ฉะเชิงเทรา

ภาคกลาง รพ.ศิริราช รพ.ราชวิถี รพ.บำรุงราษฎร์

วชิรพยาบาล รพ.รามธิบดี (รับเฉพาะผลัด 1, 3, 5 และ 7)

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (รับเฉพาะผลัด 1, 3, 5 และ 7)

รพ.มะเร็งกรุงเทพวัฒโนสถ (รับเฉพาะผลัด 2, 4, 6 และ 8)

รพ.พระนั่งเกล้า (รับเฉพาะผลัด 4, 5, 6, 7 และ 8)

ภาคใต้ รพ.สุราษฎร์ธานี รพ.สงขลานครินทร์

ผลัด 1: 24 ก.พ. - 4 เม.ย. 2568 ผลัด 2: 17 มี.ค. - 25 เม.ย. 2568 ผลัด 3: 7 เม.ย. - 16 พ.ค. 2568

ผลัด 4: 28 เม.ย. - 6 มิ.ย. 2568 ผลัด 5: 19 พ.ค. - 27 มิ.ย. 2568 ผลัด 6: 9 มิ.ย. - 18 ก.ค. 2568

ผลัด 7: 30 มิ.ย. - 8 ส.ค. 2568 ผลัด 8: 21 ก.ค. - 29 ส.ค. 2568

ชำระค่าลงทะเบียน 15,000 บาท (สำหรับสมาชิก) 20,000 บาท (สำหรับเภสัชกรไม่ใช่สมาชิก)

โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกสิกรไทย สาขาสุขุมวิท 57 ชื่อบัญชี “สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)”

บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 046-2-73779-3

โปรดทราบ ผู้เข้าฝึกปฏิบัติจะต้องส่งหลักฐานการตรวจสุขภาพ, फिल्मเอกซเรย์ปอดและผลการอ่านไม่เกิน 6 เดือนก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

หมายเหตุ คณะทำงาน GTAPP จะรวบรวมใบสมัครเพื่อพิจารณาจัดสรรตามความเหมาะสม โดยจะแจ้งผลการพิจารณากำหนด

สถานที่ และรุ่นการฝึกอบรม ในจดหมายตอบรับการลงทะเบียนที่ส่งถึงผู้สมัครโดยตรง

ลงชื่อ.....

วันที่.....