

ใบสมัครเพื่อแสดงความจำนงเข้าร่วมรับการอบรมประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรม รุ่นที่ 4
หลักสูตรระยะสั้นการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (ภาคปฏิบัติ)

Certificate in Pharmacy (Cardiovascular Diseases)

ชื่อ.....นามสกุล..... อายุ.....ปี

ชื่อเล่น.....วัน-เดือน-ปีเกิด.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....สถานที่ทำงาน.....

เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ)..... เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

Email.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม.....

ผ่านการประชุมภาคทฤษฎี (Excellent Pharmacy Practice in Cardiovascular Diseases) ปี พ.ศ.....

ประวัติการทำงาน

- ช่วงปี พ.ศ. ที่ทำงาน.....สถานที่ทำงาน.....ตำแหน่ง.....

- ช่วงปี พ.ศ. ที่ทำงาน.....สถานที่ทำงาน.....ตำแหน่ง.....

- ช่วงปี พ.ศ. ที่ทำงาน.....สถานที่ทำงาน.....ตำแหน่ง.....

ตำแหน่งปัจจุบันและหน้าที่ความรับผิดชอบ

.....
.....

เหตุผลที่ต้องการเข้ารับการอบรม.....

.....

รอบที่ต้องการอบรมให้ โปรดกาเครื่องหมาย หน้ารอบที่ต้องการอบรม

โปรดกา เครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/>	รอบที่ อบรมฯ	ระยะเวลาในการฝึกอบรมฯ 15 สัปดาห์	
		โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 12 สัปดาห์	โรงพยาบาลต้นสังกัด 3 สัปดาห์
	1	2 มกราคม – 22 มีนาคม 2562	25 มีนาคม – 12 เมษายน 2562
	2	1 เมษายน – 21 มิถุนายน 2562	24 มิถุนายน – 12 กรกฎาคม 2562
	3	1 กรกฎาคม – 20 กันยายน 2562	23 กันยายน – 11 ตุลาคม 2562
	4	30 กันยายน – 20 ธันวาคม 2562	23 ธันวาคม 2562 – 10 มกราคม 2563

ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

กรุณาส่งแบบตอบรับไปยัง คุณปริยานุช อินทะปัด ศูนย์ฝึกอบรมการบริบาลทางเภสัชกรรม
ภาควิชาบริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200
โทรศัพท์ 053-941515, โทรสาร 053-944390 หรือ e-mail ใบสมัครมาที่ pctccmu@gmail.com

ท่านสามารถโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี ประชุมวิชาการโรคหัวใจและ
หลอดเลือด เลขที่บัญชี 521-0-64016-7 กรุณาส่ง และ/หรือ scan หลักฐานใบโอนเงิน และเขียนชื่อ/
นามสกุล/หน่วยงานต้นสังกัดของผู้สมัครที่ชัดเจนกำกับส่งมาพร้อมกับใบสมัครด้วย

หมายเหตุ

- ไม่รับชำระค่าลงทะเบียนล่วงหน้าด้วย ดรีฟ เช็ค ไปรษณีย์ธนาณัติ
- ขอรับใบเสร็จรับเงินในวันแรกของการอบรมฯ ภาคปฏิบัติ ในกรณีต้องการใบเสร็จรับเงิน
ล่วงหน้ากรุณาติดต่อ คุณปริยานุช อินทะปัด Email: pctccmu@gmail.com
- ผู้เป็นข้าราชการสามารถเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ จากต้นสังกัดได้ตามสิทธิ์และ
ตามระเบียบของทางราชการ
- ผู้สนใจโปรดแจ้งความจำนงพร้อมส่งแบบตอบรับและเอกสารที่เกี่ยวข้องตามระบุ ไปยัง
หน่วยงานผู้จัดโครงการฯ โดยด่วน และผู้จัดโครงการฯ ขอสงวนสิทธิ์ให้สำหรับผู้สนใจที่แจ้ง
การสมัครและชำระค่าลงทะเบียนมาก่อนล่วงหน้า
- ผู้จัดโครงการฯ จะไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนชำระล่วงหน้าไม่ว่ากรณีใดๆ

ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ ศูนย์ฝึกอบรมการบริบาลทางเภสัชกรรม
Email: pctccmu@gmail.com โทรศัพท์ 053-941515, โทรสาร 053-944390
หรือ ดูรายละเอียดการสมัครได้ที่ <http://www.pharmacy.cmu.ac.th>

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า

ผู้บังคับบัญชาของ (นาย/นาง/นางสาว).....

อนุญาตให้บุคคลดังกล่าวเข้าอบรมประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรม รุ่นที่ 4 หลักสูตรระยะสั้นการบริบาล
ทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดรอบที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....