



**คำขอรับการรับรองการเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง
เพื่อเก็บหน่วยกิตชดเชยให้เป็นไปตามเกณฑ์ ภายหลังครบรอบปีการศึกษาต่อเนื่อง 5 ปี**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

ชื่อ นามสกุล (ภก./ภญ.) อายุ.....ปี

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ได้รับใบอนุญาตฯ เลขที่ ภ.

โปรดระบุที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

เลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ Email

ปัจจุบันข้าพเจ้า มีการเก็บสะสมหน่วยกิตของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม รอบปีการศึกษาต่อเนื่อง 5 ปี (รอบ พ.ศ..... - พ.ศ.) จำนวน.....หน่วยกิต ซึ่งยังขาดอยู่ หน่วยกิต

ข้าพเจ้าขอรับการเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบ ประชุมวิชาการ การสัมมนาออนไลน์ (Webinar)
เพื่อเก็บหน่วยกิตชดเชย สำหรับรอบระยะเวลาการศึกษาต่อเนื่อง 5 ปี จำนวน.....หน่วยกิต กิจกรรม
เรื่อง

เมื่อวันที่ ณ

หน่วยงานผู้จัด

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แสดงความประสงค์ต่อหน่วยงานผู้จัดจะไม่ขอนำชื่อเข้าสู่ระบบในการสะสมหน่วยกิตในปีนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

(.....) ผู้ขอ

คำรับรองของหน่วยงานผู้จัดว่าเป็นความจริง และเกณฑ์ประเมินผ่านร้อยละ

ผลการประเมินความรู้ทางการศึกษาต่อเนื่อง ผ่าน / ไม่ผ่าน

(.....) ผู้จัด

หมายเหตุ ใช้คำขอรับการรับรองฯ 1 ใบ ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้ง

ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ Email : ccpe@pharmacycouncil.org โทรศัพท์ 0 2591 9992 กด 4