



## คำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยงานในเครือข่ายเพื่อจัดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม

ชื่อหน่วยงาน ..... สังกัด .....

<input type="checkbox"/> องค์กรวิชาชีพ/สมาคม <input type="checkbox"/> หน่วยงานอื่นระบุ..... .....	<input type="checkbox"/> คณะเภสัชศาสตร์/สำนักวิชาเภสัชศาสตร์/วิทยาลัย .....	<input type="checkbox"/> ส่วนราชการระดับกอง กรม หรือเทียบเท่า .....
ปี พ.ศ.ที่จัดตั้ง..... จำนวนสมาชิก ..... คน	จำนวนอาจารย์ประจำ ในสังกัด..... คน	จำนวนเภสัชกรประจำ ในสังกัด..... คน

ชื่อหัวหน้าหน่วยการศึกษาต่อเนื่องค่านำหน้า/วิชาการ ภก.ภญ./ชื่อ ..... นามสกุล . .....


ตำแหน่งในหน่วยงาน..... หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่.....

โทรศัพท์หน่วยงาน ..... Email .....

ที่อยู่หน่วยงาน ..... เลขที่/หมู่..... อาคาร/ชั้น .....

ซอย/ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์หน่วยงาน ..... Website .....

<b>ศักยภาพของหน่วยงานในเครือข่าย</b> <input type="checkbox"/> 1. จัดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง โดยได้รับการกำหนดและรับรองหน่วยกิตฯ อย่างน้อย 5 หน่วยกิตต่อปี <input type="checkbox"/> 2. มีผู้บริหารและเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานการจัดการศึกษาต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> 3. มีระบบสารสนเทศสนับสนุนงานการจัดการศึกษาต่อเนื่อง	<b>ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 15/2560 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนฯ</b> <input type="checkbox"/> ได้ศึกษาประกาศสภาเภสัชกรรมที่ประกาศกำหนดเรียบร้อยแล้ว	
--	--	---

ประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง ช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ให้ระบุชื่อการประชุมวิชาการและ/หรือชื่อวารสารทางวิชาการ)

กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง	ปี 25__	ปี 25__
1.การประชุมวิชาการ	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
2. วารสารทางวิชาการ (ที่ออกโดยหน่วยงาน)	..... ..... .....	

ยินดีที่จะเป็นหน่วยงานในเครือข่ายของสถาบันหลักเพียงแห่งเดียว คือ .....

ติดต่อกับบุคคลในสถาบันหลัก ..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ .....

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยการศึกษาต่อเนื่อง

ตำแหน่ง ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน

วันที่.....

วันที่.....

ติดต่อศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม เลขที่ 88/19 หมู่ 4 อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 8

กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2591 9992 กด 4 Email : ccpe@pharmacycouncil.org