



คำขอรับการรับรองการเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง  
เพื่อเก็บหน่วยกิตชดเชยให้เป็นที่ไปตามเกณฑ์ 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 .....Email .....

ปัจจุบันข้าพเจ้า มีหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง รอบปีการศึกษาต่อเนื่อง 5 ปี จำนวน.....หน่วยกิต  
ซึ่งยังขาดอยู่ ..... หน่วยกิต

ข้าพเจ้าขอรับการรับรองการเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบ  ประชุมวิชาการ  การสัมมนาออนไลน์ (Webinar)

เพื่อเก็บหน่วยกิตชดเชย สำหรับรอบระยะเวลาการศึกษาต่อเนื่อง 5 ปี จำนวน.....หน่วยกิต

กิจกรรม เรื่อง .....

เมื่อวันที่ ..... ณ .....

หน่วยงานผู้จัด .....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แสดงความประสงค์ต่อหน่วยงานผู้จัดจะไม่ขอนำชื่อเข้าสู่ระบบในการสะสมหน่วยกิต  
ในปีปัจจุบันนี้ และขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

(.....) ผู้ขอ

คำรับรองของหน่วยงานผู้จัดว่าเป็นความจริง และเกณฑ์ประเมินผ่านร้อยละ .....

ผลการประเมินความรู้ทางการศึกษาต่อเนื่อง/การเข้าร่วมกิจกรรมครบตามเกณฑ์  ผ่าน /  ไม่ผ่าน

(.....) ผู้จัด

หมายเหตุ (1) ใช้คำขอรับการรับรองฯ 1 ใบ ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้ง (2) รวบรวมคำรับรองจนครบจำนวนหน่วยกิตที่ขาด  
จากนั้นส่งสแกนส่งไปให้ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทาง Email : ccpe@pharmacycouncil.org พร้อมชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนด

ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม

อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 88/19 หมู่ 4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2591 9992 (คู่สายอัตโนมัติ) กด 4 โทรสาร 0 2591 9996 Email : ccpe@pharmacycouncil.org