



## คำขอขึ้นทะเบียนเป็นสถาบันหลักเพื่อจัดการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม

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

ชื่อหัวหน้าหน่วยการศึกษาต่อเนื่องค่านำหน้าวิชาการ ภค.ภญ./ชื่อ ..... นามสกุล .....

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

โทรศัพท์หน่วยงาน ..... Email .....

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

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

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

<p><b>คุณสมบัติของหน่วยงานที่จะสมัครเป็นสถาบันหลัก</b></p> <p><input type="checkbox"/> ส่วนราชการระดับกอง สำนักหรือระดับกรมหรือเทียบเท่า</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นสถานศึกษาทางเภสัชศาสตร์</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นองค์กรทางวิชาชีพ หรือหน่วยงานอื่น ๆ</p>	<p><b>ความพร้อมของหน่วยงานที่จะสมัครเป็นสถาบันหลัก</b></p> <p><input type="checkbox"/> มีหน่วยงาน ฝ่าย หรือคณะกรรมการที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการศึกษาต่อเนื่อง สามารถประเมินกิจกรรมและพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมทุกสาขาได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีระบบสารสนเทศ/อินเทอร์เน็ตที่พร้อมให้การสนับสนุนการจัดการศึกษาต่อเนื่อง</p> <p><input type="checkbox"/> มีศักยภาพในการจัดการศึกษาต่อเนื่องรูปแบบการประชุมวิชาการและบทความวิชาการที่กำหนดและรับรองหน่วยกิตอย่างน้อยรูปแบบละ 10 หน่วยกิตต่อปี</p> <p><input type="checkbox"/> มีศักยภาพในการสนับสนุนการจัดการศึกษาต่อเนื่องของหน่วยงานในเครือข่าย</p>
--	--

ประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง ช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ให้ระบุชื่อการประชุมวิชาการและ/หรือชื่อวารสารทางวิชาการ)

กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง	ปี 2562	ปี 2563
1. การประชุมวิชาการ	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
2. วารสารทางวิชาการ (ที่ออกโดยหน่วยงาน)	..... ..... .....	..... ..... .....

มีความประสงค์  ขอขึ้นทะเบียน  ต่ออายุการรับรอง เป็นสถาบันหลักเพื่อจัดการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม

ภายหลังประกาศรับรองการเป็นสถาบันหลัก จะได้นำส่งค่าธรรมเนียมการรับรองเป็นสถาบันหลัก (5 ปี) เป็นเงิน 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) มาให้ต่อไป

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ตำแหน่งหัวหน้าหน่วยการศึกษาต่อเนื่อง

ตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน

วันที่.....

วันที่.....



กรุณาส่งเอกสารไปที่ ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม เลขที่ 88/19 หมู่ 4 อาคารสภาวิชาชีพ ชั้น 8

กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 080 825 8082 Email : ccpe@pharmacycouncil.org