



คำขอรับการรับรองหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
กิจกรรมสืบเนื่องการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

กรณีให้คำปรึกษา กรณีให้บริการวัคซีน กรณีอื่น ๆ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

ชื่อ นามสกุล (ภก./ภญ.) อายุ.....ปี

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ได้รับใบอนุญาตฯ เลขที่ ภ. หน่วยงาน/สังกัด

สถานที่ทำกิจกรรม (สถานที่ละ 1 แผ่น).....

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

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

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ Email

ข้าพเจ้า ได้ร่วมกิจกรรมบริการสืบเนื่องการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ตามมาตรฐานวิชาชีพ
เภสัชกรรม ร่วมกับหน่วยงาน กิจกรรมที่ได้กระทำคือ.....

โดยมีรายละเอียดวันและเวลาที่ร่วมกิจกรรม ดังนี้

(1) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(2) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(3) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(4) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(5) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(6) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(7) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(8) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(9) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(10) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง

รวมทั้งสิ้น ชั่วโมง คิดเป็น หน่วยกิต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

คำรับรองของหน่วยงานผู้จัดว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....) ผู้ขอรับการรับรอง

(.....) หน่วยงานผู้จัด

หมายเหตุ *1 หน่วยกิต = จำนวนชั่วโมงทำงานจริงหาร 3

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

โทรศัพท์ 080 285 8082 Email : pharthetai@pharmacycouncil.org