



ใบสมัคร

การฝึกปฏิบัติการเทคนิคการผสมยาเคมีบำบัดที่ให้ทางหลอดเลือดดำสำหรับเภสัชกร ปี พ.ศ. 2567 2024 Technical Practice on Cytotoxic Intravenous Admixture for Pharmacists

ข้อมูลผู้สมัคร (เพื่อประโยชน์ของผู้สมัคร โปรดกรอรายละเอียดให้ครบถ้วน ชัดเจน)

ข้าพเจ้า (ภก./ภญ./ยศ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....
 โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
 สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย เอกชน อื่นๆ โปรดระบุ.....
 ตำแหน่ง/งานหลักที่รับผิดชอบหลัก ประสบการณ์ในตำแหน่ง..... ปี
 เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ สถานภาพ สมาชิกสมาคมฯ เลขที่สมาชิก..... เภสัชกรผู้สนใจ
 เบอร์มือถือ.....e-mail address..... ID line.....

มีความประสงค์เข้าร่วม การฝึกเทคนิคการผสมยาเคมีบำบัดที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ณ แหล่งฝึก ระยะเวลา 6 สัปดาห์ (30 วันทำการ)
 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. ปฏิบัติงานเป็นเภสัชกรโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ.
2. มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน IV admixture.....ปี TPN.....ปี
3. เข้าร่วมประชุมวิชาการ 14-16 ธ.ค. 2563 11-13 ม.ค. 2565 10-12 ม.ค. 2566 16-18 ม.ค. 2567
4. ได้รับอนุญาตจากหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน หรือผู้บริหารโรงพยาบาลให้เข้ารับการฝึกอบรม/ปฏิบัติฯ (แนบหลักฐานมาด้วย)

สถานที่และช่วงเวลาที่สามารถเข้ารับการฝึกอบรม/ปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลแหล่งฝึกที่ได้รับการรับรอง (โปรดเลือก)

รับจำนวน 1 คน ต่อ 1 แหล่งฝึก ต่อ 1 ผลัด

ภาคเหนือ รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รพ.ขอนแก่น รพ.อุดรธานี
 รพ.บุรีรัมย์ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

ภาคตะวันออก รพ.พุทธโสธร จ.ฉะเชิงเทรา (รับเฉพาะผลัด 1, 2, 3, 5 และ 7)

ภาคกลาง รพ.ศิริราช รพ.ราชวิถี
 รพ.บำรุงราษฎร์ วชิรพยาบาล
 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (รับเฉพาะผลัด 1, 3, 5 และ 7)

ภาคใต้ รพ.สุราษฎร์ธานี รพ.สงขลานครินทร์

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ผลัด 1: 19 ก.พ. - 29 มี.ค. 2567 | <input type="checkbox"/> ผลัด 2: 11 มี.ค. - 19 เม.ย. 2567 | <input type="checkbox"/> ผลัด 3: 1 เม.ย. - 10 พ.ค. 2567 |
| <input type="checkbox"/> ผลัด 4: 22 เม.ย. - 31 พ.ค. 2567 | <input type="checkbox"/> ผลัด 5: 13 พ.ค. - 21 มิ.ย. 2567 | <input type="checkbox"/> ผลัด 6: 3 มิ.ย. - 12 ก.ค. 2567 |
| <input type="checkbox"/> ผลัด 7: 24 มิ.ย. - 2 ส.ค. 2567 | <input type="checkbox"/> ผลัด 8: 15 ก.ค. - 23 ส.ค. 2567 | |

ชำระค่าลงทะเบียน 15,000 บาท (สำหรับสมาชิก) 20,000 บาท (สำหรับเภสัชกรไม่ใช่สมาชิก)

โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกสิกรไทย สาขาสุขุมวิท 57 ชื่อบัญชี “สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)”

บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 046-2-73779-3

โปรดทราบ ผู้เข้าฝึกปฏิบัติจะต้องส่งหลักฐานการตรวจสุขภาพ, फिल्मเอกซเรย์ปอดและผลการอ่านไม่เกิน 6 เดือนก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

หมายเหตุ คณะทำงาน GTAPP จะรวบรวมใบสมัครเพื่อพิจารณาจัดสรรตามความเหมาะสม โดยจะแจ้งผลการพิจารณากำหนดสถานที่ และรุ่นการฝึกอบรม ในจดหมายตอบรับการลงทะเบียนที่ส่งถึงผู้สมัครโดยตรง

ลงชื่อ.....

วันที่.....