

**ADCöPT**

**ใบสมัครการฝึกปฏิบัติหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นการบริหารทางเภสัชกรรม
(สาขาการประเมินและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา)
ระยะเวลา 16 สัปดาห์ ปีงบประมาณ 2567**

ข้อมูลผู้สมัคร (เพื่อประโยชน์ของผู้สมัคร โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน ชัดเจน)

ข้าพเจ้า(ภก./ภญ./ยศ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....
 โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
 สังกัด ☐ กระทรวงสาธารณสุข ☐ ทบวงมหาวิทยาลัย ☐ เอกชน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
 ตำแหน่ง/งานหลักที่รับผิดชอบ ประสบการณ์ในงาน ADR..... ปี
 เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์..... สถานภาพ ☐ สมาชิกสมาคมฯ เลขที่สมาชิก..... ☐ เกสัชกรผู้สนใจ
 สถานที่ติดต่อ เลขที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
 โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

มีความประสงค์จะฝึกปฏิบัติงาน ณ แหล่งฝึกเป็นเวลา 16 สัปดาห์ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. ปฏิบัติงานเป็นเภสัชกรโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ.
2. ได้เข้าร่วมงานประชุมเชิงปฏิบัติการและประชุมวิชาการในภาคทฤษฎีแล้ว (โปรดระบุ)
เข้าร่วมประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ (basic course)
☐ 9-13 กรกฎาคม 2561 ☐ 25-29 พฤศจิกายน 2562 ☐ 7-11 กุมภาพันธ์ 2565
☐ 6-10 กุมภาพันธ์ 2566 ☐ 18-22 ธันวาคม 2566
เข้าร่วมประชุมวิชาการ Advances in ADR: Common Drug-Induced Organ Disorder
☐ 15-17 สิงหาคม 2561 ☐ 31 กรกฎาคม-2 สิงหาคม 2562 ☐ 28-30 มีนาคม 2565
☐ 27-29 มีนาคม 2566 ☐ 8-10 มกราคม 2567
3. ได้รับอนุญาตจากหัวหน้าฝ่าย/ผู้บริหารโรงพยาบาลให้เข้ารับการฝึกอบรม/ปฏิบัติฯ (แนบหลักฐานมาด้วย)
4. รับทราบเงื่อนไขการผ่านหลักสูตรแล้ว

แหล่งฝึกที่เปิดรับผู้ฝึกปฏิบัติ (โปรดเลือก) (รับผู้ฝึกปฏิบัติได้ 1-2 คน/แหล่งฝึก)

ระยะเวลาที่รับฝึกอบรม (โปรดเลือก)

- ☐ ผลัด 1 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 พฤษภาคม 2567
☐ ผลัด 2 วันที่ 4 มิถุนายน – 30 กันยายน 2567
☐ ผลัด 3 วันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มกราคม 2568

แหล่งฝึก (โปรดเลือก)

- ☐ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (รับเฉพาะผลัดที่ 1)
☐ รพ.สมุทรสาคร
☐ รพ.ชลบุรี
☐ รพ.ขอนแก่น ☐ รพ.บุรีรัมย์ (รับเฉพาะผลัดที่ 1)
☐ รพ.สุราษฎร์ธานี

*******กรณีที่มีผู้สมัครเกินจำนวนที่รับได้ การพิจารณาคัดเลือกผู้ฝึกปฏิบัติจะขึ้นกับดุลยพินิจของแหล่งฝึก*******

ค่าลงทะเบียนรวมค่าประกาศนียบัตร (ไม่รวมค่าที่พักและค่าเดินทาง)

- ☐ 21,000 บาท (สำหรับสมาชิก) ☐ 25,000 บาท (สำหรับเภสัชกรผู้สนใจ)

***** กรุณาโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธ.กสิกรไทย สาขาสุขุมวิท 57 เลขที่ 046-2-73779-3 ชื่อบัญชี “สมาคมเภสัชกรรม
โรงพยาบาล (ประเทศไทย)” และส่งใบสมัคร/หลักฐานการชำระเงินมาที่ hp@thaihp.org**

ลงชื่อ.....
 วันที่.....