



ติดรูปหน้าตรง

**ใบสมัครขอรับทุนของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)
เพื่อไปอบรมดูงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล ณ ประเทศญี่ปุ่น ปี พ.ศ. 2567**

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล (ไทย)

ชื่อ-นามสกุล (อังกฤษ)

หมายเลขบัตรประชาชน อายุ.....ปี วันเดือน ปีเกิด.....

เป็นสมาชิกสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) หมายเลขสมาชิก.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

โทรศัพท์มือถือ..... Line ID.....

e-mail address.....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

จังหวัด.....สังกัด.....

ตำแหน่ง.....อายุงานที่ทำงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล.....ปี

ประเภทการจ้าง ข้าราชการ/พนักงานราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย/พนักงานของรัฐ พนักงานบริษัทเอกชน
 พนักงานประจำ พนักงานชั่วคราว อื่น ๆ ระบุ.....

2. คุณวุฒิการศึกษา (เรียงตามลำดับ เริ่มจากวุฒิการศึกษาสูงสุด)

วุฒิ	สถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
.....
.....
.....
.....

3. ประวัติการทำงาน (เรียงตามลำดับ เริ่มจากตำแหน่งปัจจุบัน)

ตำแหน่ง	สถานที่	พ.ศ.
.....
.....
.....
.....
.....



4. หน้าที่ความรับผิดชอบในปัจจุบัน

.....
.....
.....
.....

5. เหตุผลในการขอรับทุน (กรุณาแนบเอกสารไม่เกิน 1 หน้า A4)

.....
.....
.....
.....

6. แนวคิดในการนำประสบการณ์การดูงานฯ มาพัฒนางาน

.....
.....
.....
.....

7. เอกสารประกอบการขอรับทุน

เอกสารแสดงคะแนนสอบภาษาอังกฤษ (แนบเอกสาร ถ้ามี) เช่น TOEFL, IELTS, TOEIC, SAT, CU-TEP หรือ TU-GET เป็นต้น

8. ประวัติการรับทุนศึกษาต่อ ฝึกอบรม ดูงาน ภายใน 5 ปีก่อนยื่นขอทุนนี้ (เรียงตามลำดับ เริ่มจากครั้งสุดท้าย)

8.1 สถาบัน.....

ประเทศ..... แหล่งทุน.....

ประเภท ศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน

ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

รวมระยะเวลา.....ปี.....เดือน.....วัน

8.2 สถาบัน.....

ประเทศ..... แหล่งทุน.....

ประเภท ศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน

ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

รวมระยะเวลา.....ปี.....เดือน.....วัน

8.3 สถาบัน.....

ประเทศ..... แหล่งทุน.....

ประเภท ศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน

ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

รวมระยะเวลา.....ปี.....เดือน.....วัน



9. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ขอให้ท่านเขียนบทความตีพิมพ์ในวารสารของสมาคมฯ และบรรยายในงานประชุมใหญ่ของสมาคมฯ เดือน พฤษภาคม 2568 เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์การดูงานเพื่อเผยแพร่ให้เภสัชกรท่านอื่นทราบ
10. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ต้องการให้ท่านมาช่วยพัฒนาบทบาทวิชาชีพของเภสัชกรโรงพยาบาลให้มีความก้าวหน้าและมีมาตรฐานสูงขึ้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบและยินดีปฏิบัติตามระเบียบของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) และขอรับรองว่าข้อความที่ปรากฏในใบสมัครนี้ ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง

ลงชื่อผู้ขอรับทุน.....
(.....)
วันที่.....

ข้าพเจ้าได้กลั่นกรองแล้ว เห็นว่าผู้ขอรับทุนมีคุณสมบัติตรงตามที่สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ประกาศทุกประการ

ลงชื่อผู้อำนวยการ/หัวหน้าฝ่าย.....
(.....)
วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมฯ

ลงชื่อผู้ตรวจรับเอกสาร.....

วันที่ได้รับใบสมัคร.....