

ใบสมัครเพื่อแสดงความจำนงเข้าร่วมรับการอบรมประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรม รุ่นที่ 3  
หลักสูตรระยะสั้นการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (ภาคปฏิบัติ)

Certificate in Pharmacy (Cardiovascular Diseases)

โครงการร่วมระหว่างภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
หน่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อ .....นามสกุล..... อายุ .....ปี

สถานที่ทำงาน.....

โทร.....โทรสาร.....Email.....

ตำแหน่งปัจจุบันและหน้าที่ความรับผิดชอบ

.....

.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม.....อายุงานตำแหน่งปัจจุบัน.....ปี

ประวัติการทำงาน.....

.....

เหตุผลที่ต้องการเข้ารับการอบรม.....

.....

- ค่าลงทะเบียนภาคปฏิบัติ จำนวน 20,000.-บาท

ผู้ฝึกอบรมจะต้องผ่านการประชุมภาคทฤษฎี (การบริหารเภสัชกรรมสู่ความเป็นเลิศในโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด (Excellent Pharmacy Practice in Cardiovascular Diseases)) ก่อน จึงจะสมัครอบรมภาคปฏิบัติได้

รอบที่ต้องการอบรมให้ โปรดกาเครื่องหมาย  รอบที่ต้องการอบรม

โปรดกา เครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/>	รอบการ อบรมฯ	ระยะเวลาในการฝึกอบรมฯ 15 สัปดาห์	
		โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 12 สัปดาห์	โรงพยาบาลตันสังกัด 3 สัปดาห์
	1	3 มกราคม – 23 มีนาคม 2561	26 มีนาคม – 12 เมษายน 2561
	2	2 เมษายน – 22 มิถุนายน 2561	25 มิถุนายน – 13 กรกฎาคม 2561
	3	2 กรกฎาคม – 21 กันยายน 2561	24 กันยายน – 12 ตุลาคม 2561
	4	1 ตุลาคม – 21 ธันวาคม 2561	24 ธันวาคม – 11 มกราคม 2562

ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

กรุณาส่งแบบตอบรับไปยัง คุณปริยานุช อินทะปัด ศูนย์ฝึกอบรมการบริบาลทางเภสัชกรรม  
ภาควิชาบริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200  
โทรศัพท์ 053-941515, โทรสาร 053-941515 หรือ e-mail ใบสมัครมาที่ pctccmu@gmail.com

ท่านสามารถโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี ศูนย์ฝึกอบรมการบริบาลทาง  
เภสัชกรรม เลขที่บัญชี 521-0-61422-0 กรุณาส่ง และ/หรือ scan หลักฐานใบโอนเงิน และเขียนชื่อ/  
นามสกุล/หน่วยงานต้นสังกัดของผู้สมัครที่ชัดเจนกำกับส่งมาพร้อมกับใบสมัครด้วย

#### หมายเหตุ

- ไม่รับชำระค่าลงทะเบียนล่วงหน้าด้วย ดรีฟ เช็ค ไปรษณีย์ธนาณัติ
- ขอรับใบเสร็จรับเงินในวันแรกของการอบรมฯ ภาคปฏิบัติ ในกรณีต้องการใบเสร็จรับเงินล่วงหน้ากรุณา  
ติดต่อ คุณปริยานุช อินทะปัด Email: pctccmu@gmail.com
- ผู้เป็นข้าราชการสามารถเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ จากต้นสังกัดได้ตามสิทธิ์และตามระเบียบของ  
ทางราชการ
- ผู้สนใจโปรดแจ้งความจำนงพร้อมส่งแบบตอบรับและเอกสารที่เกี่ยวข้องตามระบุ ไปยังหน่วยงานผู้จัด  
โครงการฯ โดยด่วน และผู้จัดโครงการฯ ขอสงวนสิทธิ์ให้สำหรับผู้สนใจที่แจ้ง การสมัครและชำระ  
ค่าลงทะเบียนมาก่อนล่วงหน้า
- ผู้จัดโครงการฯ จะไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนชำระล่วงหน้าไม่ว่ากรณีใดๆ

ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ ศูนย์ฝึกอบรมการบริบาลทางเภสัชกรรม  
Email: pctccmu@gmail.com โทรศัพท์ 053-941515, โทรสาร 053-941515  
หรือ ดูรายละเอียดการสมัครได้ที่ <http://www.pharmacy.cmu.ac.th>

#### คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า .....

ผู้บังคับบัญชาของ (นาย/นาง/นางสาว).....

อนุญาตให้บุคคลดังกล่าวเข้าอบรมประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรม รุ่นที่ 3 หลักสูตรระยะสั้นการบริบาล  
ทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดรอบที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....