

ใบแสดงความจำนง การปฏิบัติงานขอใช้ทุนของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา ฯ

ซึ่งสำเร็จการศึกษาประจำปีการศึกษา 2558

- สำเร็จการศึกษาแล้วในภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2557
 สำเร็จการศึกษาแล้วใน ปีการศึกษา 2558 (โปรดระบุ.....)
 คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2558 (ภายใน 31 พฤษภาคม 2559)

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
รหัสนักศึกษา.....รหัสนักเรียน.....
อายุ.....ปี.....เดือน เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
เป็นผู้จะสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิต จากมหาวิทยาลัย.....
 เป็นหลักสูตร 5 ปี เป็นหลักสูตร 6 ปี อื่นๆ โปรดระบุ.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
หากยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คาดว่าจะได้รับเดือน.....
หากยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือว่าอยู่ระหว่างสอบ
 MCQ OSPE อื่นๆ โปรดระบุ.....
นอกจากทำสัญญาเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาเภสัชศาสตร์แล้ว ข้าพเจ้ายังได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาจาก
(ระบุชื่อทุน).....
โดยมีข้อผูกพัน.....
2. สถานที่เกิด อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ที่อยู่/สถานที่ติดต่อได้เมื่อมีเรื่องด่วน บ้านเลขที่.....ซอย/ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
3. บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....
ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
อาชีพของบิดา รับราชการ ธุรกิจเอกชน รัฐวิสาหกิจ อาชีพส่วนตัว/อิสระ
 เกษตรกร พ่อบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ.....
ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

4. มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....
 ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม เชื่อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
 อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่ที่.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 อาชีพของมารดา รับราชการ ธุรกิจเอกชน รัฐวิสาหกิจ อาชีพส่วนตัว/อิสระ
 เกษตรกร แม่บ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ.....
 ตำแหน่ง.....
 สถานที่ทำงาน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

5. วุฒิการศึกษา (เดิม) ชื่อสถานศึกษา อำเภอ/เขต เริ่มศึกษา สำเร็จการศึกษา
 ของนักศึกษา และจังหวัด พ.ศ. พ.ศ.
 ประถมศึกษาปีที่ 6
 มัธยมศึกษาปีที่ 3
 มัธยมศึกษาปีที่ 6

6. การแสดงความจำนง

ข้าพเจ้า..... ได้อ่านรายละเอียดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข
 และวิธีการจัดสรร และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับนักศึกษาเภสัชศาสตร์คู่สัญญา ระหว่างใช้ทุนเรียบร้อยแล้วขอแสดงความจำนง
 (เลือกได้เพียงลำดับเดียว โปรดใส่เครื่องหมาย ในช่อง) ดังนี้

แสดงความจำนงจะเลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญานักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา

ผู้ทำสัญญา ข้าพเจ้าขอเลือกสถานที่ปฏิบัติงานดังนี้

- 1. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 2. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- 3. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- 4. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- 5. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
- 6. สำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- 7. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 8. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)
- 9. วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- 10. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- 11. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- 12. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
- 13. โรงพยาบาลจุฬารัตน์
 - 14. กระทรวงกลาโหม
 - กองบัญชาการกองทัพไทย โปรตระบุ.....
 - กองทัพบก โปรตระบุ.....
 - กองทัพอากาศ โปรตระบุ.....
- 15. กระทรวงมหาดไทย โปรตระบุเทศบาล.....
- 16. องค์การเภสัชกรรม.....
- 17. สภากาชาดไทย โปรตระบุ.....
- 18. กระทรวงสาธารณสุข (ภูมิภาค) / โควตาที่เหลือจากหน่วยงานอื่น

แสดงความจำนงที่จะไม่เลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญานักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาฯ

หมายเหตุ

เงื่อนไขการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญานักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา

1. กรณีหากหน่วยงานได้รับเภสัชกรใช้ทุนพอเพียงกับความต้องการแล้ว คณะกรรมการฯอาจพิจารณา กลุ่มที่ไม่เลือกสถานที่ปฏิบัติงานขอใช้ทุนตลอดจนนักศึกษาที่ยังไม่ได้สถานที่ปฏิบัติงานพ้นจากข้อผูกพันโดยไม่เสียค่าปรับ
2. กรณีหากหน่วยงานได้เภสัชกรใช้ทุนไม่พอเพียงกับความต้องการ จะให้นักศึกษาเภสัชศาสตร์ที่แสดงความจำนงไม่เลือกสถานที่ปฏิบัติงานขอใช้ทุนตลอดจนนักศึกษาที่ยังไม่ได้สถานที่ปฏิบัติงานนั้นเข้ารับการศึกษาเพื่อใช้ทุนตามวิธีการที่คณะกรรมการฯ กำหนดต่อไปเพื่อให้ได้เภสัชกรใช้ทุนเพียงพอต่อความต้องการต่อไป

ลงชื่อ.....
 (.....)
/...../.....



โปรดส่งใบแสดงความจำนงนี้ คืน คณะเภสัชศาสตร์ ภายในวันที่
 (สถานศึกษากำหนด)