

ใบแสดงความจำนง การปฏิบัติงานขอใช้ทุนของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา
ซึ่งสำเร็จการศึกษาประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
 รหัสนักศึกษา.....รหัสบัตรประชาชน.....
 อายุ.....ปี.....เดือน เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
 เป็นผู้จะสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิต จากมหาวิทยาลัย.....
 เป็นหลักสูตร ๕ ปี เป็นหลักสูตร ๖ ปี อื่นๆ โปรดระบุ.....
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
 หากยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คาดว่าจะได้รับเดือน.....
 หากยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือว่าอยู่ระหว่างสอบ
 MCQ OSPE อื่นๆ โปรดระบุ.....
 นอกจากทำสัญญาเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาเภสัชศาสตร์แล้ว ข้าพเจ้ายังได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาจาก
 (ระบุชื่อทุน).....
 โดยมีชื่อผู้กัพัน.....
๒. สถานที่เกิด อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 ที่อยู่/สถานที่ติดต่อได้เมื่อมีเรื่องด่วน บ้านเลขที่.....ซอย/ถนน.....
 หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
๓. 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.....
๔. มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....
 ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ.....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.....

๕. วุฒิการศึกษา (เดิม) ชื่อสถานศึกษา อำเภอ/เขต เริ่มศึกษา สำเร็จการศึกษา
 ของนักศึกษา และจังหวัด พ.ศ. พ.ศ.
 ประถมศึกษาปีที่ ๖
 มัธยมศึกษาปีที่ ๓
 มัธยมศึกษาปีที่ ๖

๖. การแสดงความจำนง

ข้าพเจ้า.....ได้อ่านรายละเอียดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข
 และวิธีการจัดสรร และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับนักศึกษาเภสัชศาสตร์คู่สัญญา ระหว่างใช้ทุนเรียบร้อยแล้ว ขอแสดงความจำนง
 (เลือกได้เพียงลำดับเดียว โปรดใส่เครื่องหมาย X ในช่อง) ดังนี้

- แสดงความจำนงจะเลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญานักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาฯ

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานที่ปฏิบัติงานดังนี้

๑. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๓. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ รพ.ชลประทาน
- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
๔. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- คณะเภสัชศาสตร์ สถาบันปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน (ไอสโธม)
- รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
๕. มหาวิทยาลัยพะเยา
- คณะแพทยศาสตร์
- คณะเภสัชศาสตร์
๖. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
๗. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
๘. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
๙. มหาวิทยาลัยบูรพา
- คณะแพทยศาสตร์
- คณะเภสัชศาสตร์
๑๐. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์
๑๑. องค์การเภสัชกรรม ดังนี้
- แผนกเคลือบเม็ด
- แผนกขายเขต
- กองมาตรฐานวัตถุุดิบ
- กองมาตรฐานวัตถุดิบ ๒
- แผนกงานผลิต ๔

๑๒. สภากาชาดไทย ดังนี้

- โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จ.ชลบุรี
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ
- ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ กรุงเทพฯ
- ฝ่ายประกันคุณภาพสถานเสาวภา

๑๓. กระทรวงกลาโหม ดังนี้

- สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม
- กองทัพบก ดังนี้
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- โรงพยาบาลค่ายสุรนารี
- โรงพยาบาลค่ายพ่อนวมเมือง
- โรงพยาบาลค่ายวชิราวุธ
- กองทัพอากาศ

๑๔. กระทรวงมหาดไทย ดังนี้

- เทศบาลนครภูเก็ต กองการแพทย์
- เทศบาลนครตรัง กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
- เทศบาลนครยะลา กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

๑๕. กระทรวงสาธารณสุข (ส่วนภูมิภาค)

แสดงความจำนงที่จะไม่เลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญานักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาฯ

หมายเหตุ

เงื่อนไขการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญานักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาฯ

๑. กรณีหากหน่วยงานได้รับเภสัชกรใช้ทุนพอเพียงกับความต้องการแล้ว คณะกรรมการฯ อาจพิจารณา กลุ่มที่ไม่เลือกสถานที่ปฏิบัติงานขอใช้ทุน ตลอดจนนักศึกษาที่ยังไม่ได้สถานที่ปฏิบัติงานพ้นจากข้อผูกพันโดยไม่เสียค่าปรับ
๒. กรณีหากหน่วยงานได้เภสัชกรใช้ทุนไม่พอเพียงกับความต้องการ จะให้นักศึกษาเภสัชศาสตร์ที่แสดงความจำนงไม่เลือกสถานที่ปฏิบัติงานขอใช้ทุน ตลอดจนนักศึกษาที่ยังไม่ได้สถานที่ปฏิบัติงานนั้นเข้ารับ การคัดเลือกเพื่อใช้ทุนตามวิธีการที่คณะกรรมการฯ กำหนดต่อไปเพื่อให้ได้เภสัชกรใช้ทุนเพียงพอต่อความต้องการต่อไป

ลงชื่อ.....
(.....)
...../...../.....

ประทับตรา
สถานศึกษา
ที่นี่

โปรดส่งใบแสดงความจำนงนี้ คืน คณะเภสัชศาสตร์

ภายในวันที่

(สถานศึกษากำหนด)