

ใบแสดงความจำนง การปฏิบัติงานขอใช้ทุนของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา ฯ
ซึ่งสำเร็จการศึกษาประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
รหัสนักศึกษา.....รหัสบัตรประชาชน.....
อายุ.....ปี.....เดือน เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
เป็นผู้จะสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย.....
 เป็นหลักสูตร ๕ ปี เป็นหลักสูตร ๖ ปี อื่นๆ โปรดระบุ.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
หากยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คาดว่าจะได้รับเดือน.....
หากยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือว่าอยู่ระหว่างสอบ
 MCQ OSPE อื่นๆ โปรดระบุ.....
นอกจากทำสัญญาเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาเภสัชศาสตร์แล้ว ข้าพเจ้ายังได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาจาก
(ระบุชื่อทุน).....
โดยมีชื่อผูกพัน.....
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) ของนักศึกษา	ชื่อสถานศึกษา	อำเภอ/เขต และจังหวัด	เริ่มศึกษา พ.ศ.	สำเร็จการศึกษา พ.ศ.
ประถมศึกษาปีที่ ๖	.....	.....	.....	.....
มัธยมศึกษาปีที่ ๓	.....	.....	.....	.....
มัธยมศึกษาปีที่ ๖	.....	.....	.....	.....

๖. การแสดงความจำนง

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

แสดงความจำนงจะเลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญานักศึกษาเภสัชศาสตร์คู่สัญญา

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานที่ปฏิบัติงานดังนี้

- ๑. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ๒. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ๓. โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ๔. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ๕. งานเภสัชกรรม ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ รพ.ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ๖. ฝ่ายเภสัชกรรม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- ๗. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- ๘. รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ๙. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- ๑๐. แผนกเภสัชกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- ๑๑. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์
- ๑๒. สำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- ๑๓. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
- ๑๔. สภากาชาดไทย ดังนี้
 - โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จ.ชลบุรี
 - โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ
 - ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ กรุงเทพฯ
- ๑๕. กระทรวงกลาโหม ดังนี้
 - โรงงานเภสัชกรรมกรมทหาร สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม
 - กองทัพบก ดังนี้
 - โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
 - โรงพยาบาลอานันทมหิดล
 - โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช
 - โรงพยาบาลค่ายเทพสตรี ศรีสุนทร

- กองทัพอากาศ ดังนี้
 - โรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา จ.นครปฐม
 - โรงพยาบาลกองบิน

- ๑๖ องค์การเภสัชกรรม โปรตระบุ.....
- ๑๗ สำนักงานเทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี กระทรวงมหาดไทย
- ๑๘ กระทรวงสาธารณสุข (ส่วนภูมิภาค)
- แสดงความจำนงที่จะไม่เลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญานักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาฯ

หมายเหตุ

เงื่อนไขการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญานักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา

๑. กรณีหากหน่วยงานได้รับเภสัชกรใช้ทุนพอเพียงกับความต้องการแล้ว คณะกรรมการฯอาจพิจารณา กลุ่มที่ไม่เลือกสถานที่ปฏิบัติงานขอใช้ทุนตลอดจนนักศึกษาที่ยังไม่ได้สถานที่ปฏิบัติงานพ้นจากข้อผูกพันโดยไม่เสียค่าปรับ
๒. กรณีหากหน่วยงานได้เภสัชกรใช้ทุนไม่พอเพียงกับความต้องการ จะให้นักศึกษาเภสัชศาสตร์ ที่แสดงความจำนงไม่เลือกสถานที่ปฏิบัติงานขอใช้ทุนตลอดจนนักศึกษาที่ยังไม่ได้สถานที่ปฏิบัติงานนั้น เข้ารับการคัดเลือกเพื่อใช้ทุนตามวิธีการที่คณะกรรมการฯ กำหนดต่อไปเพื่อให้ได้เภสัชกรใช้ทุนเพียงพอต่อความต้องการต่อไป

ลงชื่อ.....
 (.....)
/...../.....

ประทับตรา
 สถานศึกษา
 ที่นี้

โปรดส่งใบแสดงความจำนงนี้ คืน คณะเภสัชศาสตร์

ภายในวันที่

(สถานศึกษากำหนด)