

ใบแสดงความจำนงเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุนของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาการเป็น

นักศึกษาเภสัชศาสตร์ซึ่งสำเร็จการศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....
รหัสนักศึกษา..... เลขบัตรประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน..... สัญชาติ.....
เป็นผู้สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี)
หากยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คาดว่าจะได้รับเดือน.....
นอกจากทำสัญญาเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาเภสัชศาสตร์แล้ว ข้าพเจ้ายังได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาจาก..... (ในชื่อทุน/โครงการ).....
..... โดยมีชื่อผูกพัน.....
๒. สถานที่เกิด อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
ที่อยู่/สถานที่ติดต่อได้เมื่อมีเรื่องเร่งด่วน บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย/ถนน.....
หมู่บ้าน/อาคาร..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
๓. ชื่อบิดา..... นามสกุล..... อายุ..... สัญชาติ.....
☐ ถึงแก่กรรม ☐ ยังมีชีวิตอยู่ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย/ถนน.....
หมู่บ้าน/อาคาร..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....
อาชีพ ☐ รับราชการ ☐ ธุรกิจเอกชน ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ เจ้าของกิจการ/อาชีพส่วนตัว/อิสระ
☐ เกษตรกร ☐ พ่อบ้าน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
๔. ชื่อมารดา..... นามสกุล..... อายุ..... สัญชาติ.....
☐ ถึงแก่กรรม ☐ ยังมีชีวิตอยู่ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย/ถนน.....
หมู่บ้าน/อาคาร..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....
อาชีพ ☐ รับราชการ ☐ ธุรกิจเอกชน ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ เจ้าของกิจการ/อาชีพส่วนตัว/อิสระ
☐ เกษตรกร ☐ แม่บ้าน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
๕. วุฒิการศึกษา จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียน..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... เริ่มการศึกษาปี (ม.4) (พ.ศ.)..... จบการศึกษาปี (ม.6) (พ.ศ.).....
๖. การแสดงความจำนง ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการจัดสรร และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับเภสัชกรคู่สัญญา ระหว่างขอใช้ทุน
เข้าใจเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ขอแสดงความจำนงเลือก ดังนี้ (เลือกได้เพียงลำดับเดียวเท่านั้น โปรดใส่เครื่องหมาย X ในช่อง ☐)

- ☐ ๑.กระทรวงกลาโหม
- ☐ กองทัพอากาศ
 - ☐ กองทัพบก
 - ☐ กองบัญชาการกองทัพไทย
- ☐ ๒.กระทรวงมหาดไทย
- ☐ เทศบาลนครแม่สอด จังหวัดตาก
 - ☐ เทศบาลนครนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
 - ☐ เทศบาลนครสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
- ☐ ๓.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ☐ คณะเภสัชศาสตร์
 - ☐ สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก
 - ☐ สาขาวิชาเภสัชกรรมสังคม
 - ☐ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ โรงพยาบาลสมเด็จฯ
- ☐ ๔.มหาวิทยาลัยบูรพา
- ☐ คณะเภสัชศาสตร์
 - ☐ สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน
 - ☐ ศูนย์นวัตกรรมทางเภสัชศาสตร์
 - ☐ สาขาเภสัชกรรมผลิตและการบริหาร
 - ☐ สาขาเภสัชวิทยาหรือเภสัชศาสตร์ชีวภาพ
 - ☐ สาขาเทคโนโลยีเภสัชกรรม
 - ☐ สาขาวิชาเภสัชเวชและเภสัชเคมี
 - ☐ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
- ☐ ๕.มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- ☐ สำนักวิชาเภสัชศาสตร์
 - ☐ สาขาวิชาการบริหารทางเภสัชกรรม
 - ☐ สาขาวิชาเภสัชกรรมอุตสาหกรรม
 - ☐ รานยามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (อาศรมยา วลัยลักษณ์)
- ☐ ๖.มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
- ☐ คณะเภสัชศาสตร์ สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน (โอสถโดม)
 - ☐ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ฝ่ายเภสัชกรรม
- ☐ ๗.คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- ☐ ๘.คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- ☐ ๙.งานเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์กลาง โรงพยาบาลจุฬารัตน์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์
- ☐ ๑๐.สภากาชาดไทย
- ☐ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี
 - ☐ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ กรุงเทพฯ
- ☐ ๑๑.กระทรวงสาธารณสุข (หน่วยบริการส่วนภูมิภาค)

☐ ประสงค์ไม่แสดงความจำนงเลือกสถานที่ปฏิบัติงานขอใช้ทุน ตามสัณณานักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา

****หมายเหตุ****เงื่อนไขการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญานักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาฯ

- (๑) กรณีหากส่วนราชการ/หน่วยงานได้รับเภสัชกรใช้ทุนพอเพียงกับความต้องการแล้ว คณะกรรมการฯ อาจพิจารณากลุ่มที่ไม่เลือกสถานที่ปฏิบัติงานขอใช้ทุน ตลอดจนนักศึกษาที่ยังไม่ได้สถานที่ปฏิบัติงาน ให้พ้นจากข้อผูกพันโดยไม่เสียค่าปรับ
- (๒) กรณีหากส่วนราชการ/หน่วยงานได้เภสัชกรใช้ทุนไม่พอเพียงกับความต้องการ จะให้นักศึกษาเภสัชศาสตร์ที่แสดงความจำนงค์ไม่เลือกสถานที่ปฏิบัติงานขอใช้ทุน ตลอดจนนักศึกษาที่ยังไม่ได้สถานที่ปฏิบัติงานนั้นเข้ารับการคัดเลือกเพื่อใช้ทุนตามวิธีการที่คณะกรรมการฯ กำหนดต่อไป เพื่อให้ได้เภสัชกรใช้ทุนเพียงพอต่อความต้องการต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../พ.ศ.....

*** โปรดส่งใบแสดงความจำนงค์นี้ คือ ด่วนเภสัชศาสตร์ ภายในวันที่...../พ.ศ..... ***

(สภานักศึกษากำหนด)

ประทับตรา
สถานศึกษาที่.....

ผู้ทำสัญญาฯ ให้แสดงความจำนงค์ในระบบออนไลน์เท่านั้น
ที่ Link: <https://hr.moph.go.th/link/001>