



รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

คำขอสมัครเข้าระบบการสอบความรู้ฯ สภาเภสัชกรรม
การสอบตามเกณฑ์สมรรถนะร่วม

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

★ ชื่อ (นาย /นาง /นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
เลขประจำบัตรประชาชน _ _ _ _ _ (ไม่ต้องเว้นวรรค ไม่ต้องมีเครื่องหมายขีดค้น)
Email address (ที่ใช้ประจำอย่างสม่ำเสมอ)มือถือ.....

★ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
★ ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

★ สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา.....หลักสูตร.....
ปีการศึกษา.....เมื่อเดือน.....พ.ศ.....

★ ขอสมัครเข้าระบบการสอบความรู้ฯขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ของสภาเภสัชกรรม โดยข้าพเจ้าขอ
รับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.2537 และได้แนบหลักฐาน
เพื่อแสดงคุณวุฒิทางเภสัชศาสตร์และอื่นๆมาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- ☐ (สำเนา)บัตรประจำตัวประชาชน
☐ (สำเนา)ทะเบียนบ้าน
☐ (สำเนา)ปริญญาบัตร 1ฉบับ หรือ ใบรับรองการสำเร็จการศึกษาที่ได้รับการอนุมัติโดยสภามหาวิทยาลัย จากหลักสูตร
ที่ได้รับการรับรองปริญญาโดยสภาเภสัชกรรม
☐ (สำเนา)เอกสารแสดงผลการศึกษา (transcript) ฉบับสมบูรณ์ 1ฉบับ

★ ข้าพเจ้าได้ชำระค่าสมัครเข้าระบบการสอบความรู้ฯสภาเภสัชกรรมจำนวน 800 บาท พร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว

★ เมื่อสมัครเข้าระบบการสอบความรู้ฯและได้รับรหัสประจำตัวสอบแล้ว หากข้าพเจ้าไม่มีคุณสมบัติต่างๆ ตามที่กำหนด
ข้างต้น หรือ หากข้าพเจ้าเกิดความขัดข้องไม่เข้าสอบโดยเหตุผลใดก็ตาม ข้าพเจ้ารับทราบว่า การสมัครเข้าระบบการสอบ
ความรู้ฯจะเป็นโมฆะและรหัสประจำตัวสอบนั้นจะถูกลบเลิก อีกทั้งจะไม่ได้รับเงินค่าสมัครเข้าระบบการสอบความรู้ฯคืน

★ ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า การเก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ทางสภาเภสัชกรรมได้ดำเนินการนั้น มี
วัตถุประสงค์เพื่อให้จัดการ/บริหารระบบบริการการสอบความรู้ฯ ได้ในทุกขั้นตอน โดยสภาเภสัชกรรมมีนโยบายรักษาข้อมูล
ส่วนบุคคลตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)