หน่วยการศึกษาต่อเนื่อง คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
สถาบันหลัก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (รหัสสถาบันหลัก 1010)

แบบยื่นขอเสนอเป็นสถาบันเครือข่าย เพื่อจัดการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
ชื่อสถาบันหลัก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี **รหัสสถาบันหลัก** 1010

ชื่อสถาบันเครือข่าย_____

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ประเภทหน่วยงาน

☐ โรงพยาบาลศูนย์ ☐ โรงพยาบาลเอกชน ☐ โรงพยาบาลทั่วไป ☐ ชมรม/สมาคม ☐ หน่วยงานอื่น ๆ (โปรดระบุ)_____

ที่อยู่

เลขที่_____หมู่_____ ซอย_____ ถนน_____ อาคาร_____ ชั้นที่_____

ตำบล/แขวง_____ อำเภอ/เขต_____ จังหวัด_____ รหัสไปรษณีย์_____

โทรศัพท์_____โทรสาร_____ E-mail_____

1.2 หัวหน้า/ผู้ควบคุมกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง

ชื่อ_____สกุล_____ตำแหน่ง_____

โทรศัพท์_____โทรสาร_____ E-mail_____

1.4 ผู้รับผิดชอบจัดการประชุมหรือผู้ประสานงานการศึกษาต่อเนื่องของหน่วยงานต่อเนื่อง

ชื่อ_____สกุล_____ตำแหน่ง_____

โทรศัพท์_____โทรสาร_____ E-mail_____

2. ประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง ช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ให้ระบุชื่อการประชุมและ/หรือชื่อวารสารทางวิชาการ) (สามารถตอบได้มากกว่า 1 กิจกรรม)

2.1 การประชุมวิชาการ

กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง	ปี พ.ศ.2561	ปี พ.ศ.2562

2.2 วารสารวิชาการ (ที่ออกโดยหน่วยงาน)

ชื่อวารสาร_____ **ISSN**_____ **Website**_____

คุณสมบัติของสถาบันเครือข่าย

☐ 1. มีศักยภาพในการจัดการศึกษาต่อเนื่องในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง อย่างน้อย 5 หน่วยกิต ต่อปี

☐ 2. เป็นหน่วยงานในเครือข่ายของสถาบันหลักใดเพียงสถาบันเดียว

☐ 3. ต้องมีการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยงานในเครือข่ายของสถาบันหลัก และจัดกิจกรรมภายใต้ชื่อของสถาบันหลัก

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้ประสานงานกิจกรรมต่อเนื่อง

วันที่ .....

ขอยืนยันการเข้าร่วมเป็นหน่วยงานเครือข่ายเพื่อจัดการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ กับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (รหัสสถาบันหลัก 1010)

ลงชื่อ .....

(.....)

หัวหน้า/ผู้ควบคุมกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง

วันที่ .....

โปรดส่งใบสมัครกลับมาที่
หน่วยการศึกษาต่อเนื่อง คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190
หรือทาง E-mail: cpe_ubu@ubu.ac.th
หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่อ โทร 0 4535 3619