

เลขประจำตัว _____



เลขที่
รับ.....
วันที่
รับ.....

เจ้าหน้าที่.....
.....

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว
ให้เรียบร้อย
ก่อนยื่นใบสมัคร

แบบสมัคร

สมาชิกวิสามัญ

วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย (วคบท.)

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) _____

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ก. _____

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน _____ วันเดือนปีเกิด _____

อายุ _____ ปี _____ เดือน (นับถึงวันที่สมัคร)

สัญชาติ _____ เชื้อชาติ _____ ศาสนา _____

ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง _____

สถานที่ทำงานปัจจุบัน _____

ที่อยู่ _____

โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ e-mail: _____

มีความประสงค์จะยื่นใบสมัครเป็นสมาชิกวิสามัญ โดยมีคุณสมบัติคือเป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรมหนังสืออนุมัติเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของวิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย (วคบท.)

ลงชื่อ _____ ผู้สมัคร

(_____)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการบริหารวิทยาลัย ครั้งที่.....

() อนุมัติ

() ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการวิทยาลัย
()