



ที่ สธ ๐๒๒๘.๐๕/๒๕๘๕

ถึง กรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยงานอื่นในสังกัด  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล/สถาบันในสังกัดกรม โรงพยาบาล/สถานพยาบาลเอกชน

ด้วยสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการรับรองโดยสภา  
เภสัชกรรมให้เป็นสถาบันหลักเพื่อผลิต กำหนดและรับรองหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัช  
กรรม ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ตามมติคณะกรรมการสภาเภสัชกรรม ในการประชุมครั้งที่ ๒๔๕ (๑๒/๒๕๕๘) เมื่อวันที่ ๑๖  
พฤษภาคม ๒๕๕๘

ในการนี้ หากสถาบันหรือหน่วยงานใดมีศักยภาพในการจัดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องตามที่  
สภาเภสัชกรรมกำหนด และประสงค์จะขอเสนอเป็นหน่วยงานในเครือข่ายของสำนักบริหารการสาธารณสุขเพื่อ  
ดำเนินการจัดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สามารถสมัครโดยกรอกรายละเอียดใน แบบยื่นขอเสนอ  
เป็นหน่วยงานในเครือข่าย เพื่อผลิตกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (แบบที่ สปรส.๐๑) และจัดส่งไปที่  
สำนักบริหารการสาธารณสุข ชั้น ๕ อาคาร ๓ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ เพื่อประกอบการพิจารณารับรองการเป็นหน่วยงานในเครือข่ายของสำนักบริหารการ  
สาธารณสุข หรือสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ สำนักบริหารการ  
สาธารณสุข โทร ๐๒ ๕๙๐ ๑๖๒๘

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน



สำนักบริหารการสาธารณสุข  
กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ  
โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๒๘

## แบบยื่นขอเสนอเป็นหน่วยงานในเครือข่าย เพื่อผลิตกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์

ชื่อหน่วยงาน ..... สังกัด (กรณีหน่วยงานรัฐ) .....

<b>ข้อมูลทั่วไป</b> ประเภท <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลศูนย์ <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทั่วไป <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลชุมชน <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเอกชน <input type="checkbox"/> หน่วยงานอื่นๆ ระบุ ..... ที่อยู่ เลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย ..... ถนน ..... อาคาร ..... ชั้นที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... email: ..... Website ..... หัวหน้าหน่วยการศึกษาต่อเนื่อง คำนวณหน้า ..... ชื่อ ..... นามสกุล ..... ตำแหน่ง ..... โทรศัพท์ ..... โทรมือถือ ..... email ..... จำนวนเภสัชกรในสังกัด ..... คน จำนวนเตียงผู้ป่วย ..... เตียง (ถ้ามี)	
<b>คุณลักษณะของหน่วยงานในเครือข่าย</b> <input type="checkbox"/> มีศักยภาพในการจัดการศึกษาต่อเนื่องในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น การประชุมวิชาการ วารสารทางวิชาการ <input type="checkbox"/> ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยงานในเครือข่ายต่อสถาบันหลัก (สำนักบริหารการสาธารณสุข) และจัดกิจกรรมภายใต้ ชื่อของสถาบันหลักเพียงแห่งเดียว	

ประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมการศึกษา ช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ให้ระบุชื่อการประชุมและ/หรือชื่อวารสารทางวิชาการ)

กิจกรรมการศึกษา ต่อเนื่อง	ปี พ.ศ. ....	ปี พ.ศ. ....
1. การประชุมวิชาการ	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
2. วารสารทางวิชาการ (ที่ออกโดยหน่วยงาน)	..... .....	..... .....

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยการศึกษาต่อเนื่อง

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

วันที่ .....