



หน่วยฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Office of Professional Experience Program.
Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University

หน่วยฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ
วันที่รับ .....
เวลา .....
เลขที่ .....

คำร้องทั่วไป

ภาคการศึกษา ..... ปีการศึกษา .....

1 เรื่อง .....

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/ .....

Grid boxes for identification number

เลขประจำตัวนิสิต

เป็นนิสิตคณะเภสัชศาสตร์ ชั้นปีที่ ..... สาขาวิชา [ ] การบริบาลทางเภสัชกรรม [ ] เภสัชกรรมอุตสาหกรรม

หมายเลขโทรศัพท์.....E-mail ..... Line ID .....

มีความประสงค์ (พร้อมเหตุผลประกอบ)
Indicate reasons for the request

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ข้าพเจ้าจะติดตามผลการพิจารณาคำร้องด้วยตนเองที่หน่วยฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ หลังจากยื่นคำร้องแล้ว 5 วันทำการ

ลงนาม .....
..... / ..... / .....

2 ความเห็นหัวหน้าหน่วยฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ

.....
.....
.....

ลงนาม .....
( ผศ. ภญ. ดร.พัชดา ศรีบุญเรือง )
..... / ..... / .....

3 ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษา

.....
.....

ลงนาม .....
( ..... )
..... / ..... / .....

4 ผลการพิจารณา

.....
.....

ลงนาม .....
( รศ. ภก. ดร.ฉัตรชัย เซาว์ธรรม )
..... / ..... / .....

5 นิสิตลงนามรับทราบ

.....
( ..... )
..... / ..... / .....