



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

### แบบลงนามรับทราบก่อนออกฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ

ข้าพเจ้า นิสิตเภสัชศาสตร์ \_\_\_\_\_ นิสิตชั้นปีที่ \_\_\_\_\_  
รหัสประจำตัวนิสิต \_\_\_\_\_  
นิสิตสังกัดหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต  สาขาวิชาการบริหารทางเภสัชกรรม  สาขาวิชาเภสัชกรรมอุตสาหกรรม  
ได้รับทราบและมีความเข้าใจในเกณฑ์คุณสมบัติก่อนไปฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพและถือเป็นข้อปฏิบัติ ดังนี้

1. [ ] ข้าพเจ้ารับทราบว่า ไม่สามารถลงทะเบียนเรียนภาคฤดูร้อนช่วงที่ฝึกปฏิบัติงาน
2. [ ] ข้าพเจ้ารับทราบว่า ไม่สามารถลาฝึกปฏิบัติงานเพื่อมาเรียน และ/หรือ สอบในภาคฤดูร้อน
3. [ ] ข้าพเจ้ารับทราบว่า ต้องลงทะเบียนและมีผลการประเมินทุกรายวิชาที่กำหนดในหลักสูตรการศึกษาตามชั้นปีของการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ให้ครบก่อนไปฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ หมายถึง ห้ามถอนรายวิชา (W) แต่มีผลการประเมินตก (F) ได้ ตามประกาศข้อกำหนดสำหรับนิสิตก่อนการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.2568
4. [ ] ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากตรวจสอบภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติหรือไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการฝึกปฏิบัติงาน ตามประกาศข้อปฏิบัติสำหรับนิสิตฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพเภสัชกรรม ให้ถือว่าการทำงานในครั้งนั้นเป็นโมฆะ
5. [ ] ข้าพเจ้ารับทราบว่า ระหว่างฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการฝึกปฏิบัติงานและทำตามคำแนะนำของคู่มือการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ
6. [ ] ข้าพเจ้า และผู้ปกครอง (หรือผู้แทนโดยชอบธรรม) ของข้าพเจ้า ได้รับทราบและให้ความยินยอมโดยสมัครใจในการเข้ารับการฝึกปฏิบัติงาน ทั้งนี้ ได้ลงนามรับรองความยินยอมในหน้าถัดไปเรียบร้อยแล้ว (หน้า 2)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....

(นิสิตเภสัชศาสตร์.....)

วันที่ ...../...../.....



หน่วยฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

**หนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจเข้ารับการศึกษาฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพเภสัชกรรม**

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว..... รหัสนิสิต..... เป็นนิสิตสังกัด

หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาวิชา..... ชั้นปีที่.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... ซอย..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)..... ข้าพเจ้าเป็นนิสิตที่จะลงทะเบียน เรียนรายวิชาฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ

ซึ่งมีความประสงค์จะเข้ารับการศึกษาฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ ณ สถานที่จริง ตามสถานที่ที่ได้รับจัดสรรให้เข้าฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ ได้แก่

1. รหัสรายวิชา .....ผลัดที่.....ระหว่างวันที่.....ถึง วันที่.....เข้ารับการศึกษาฝึกปฏิบัติงาน ณ.....
2. รหัสรายวิชา .....ผลัดที่.....ระหว่างวันที่.....ถึง วันที่.....เข้ารับการศึกษาฝึกปฏิบัติงาน ณ.....
3. รหัสรายวิชา .....ผลัดที่.....ระหว่างวันที่.....ถึง วันที่.....เข้ารับการศึกษาฝึกปฏิบัติงาน ณ.....
4. รหัสรายวิชา .....ผลัดที่.....ระหว่างวันที่.....ถึง วันที่.....เข้ารับการศึกษาฝึกปฏิบัติงาน ณ.....
5. รหัสรายวิชา .....ผลัดที่.....ระหว่างวันที่.....ถึง วันที่.....เข้ารับการศึกษาฝึกปฏิบัติงาน ณ.....
6. รหัสรายวิชา .....ผลัดที่.....ระหว่างวันที่.....ถึง วันที่.....เข้ารับการศึกษาฝึกปฏิบัติงาน ณ.....
7. รหัสรายวิชา .....ผลัดที่.....ระหว่างวันที่.....ถึง วันที่.....เข้ารับการศึกษาฝึกปฏิบัติงาน ณ.....
8. รหัสรายวิชา .....ผลัดที่.....ระหว่างวันที่.....ถึง วันที่.....เข้ารับการศึกษาฝึกปฏิบัติงาน ณ.....

และข้าพเจ้าผู้ปกครองของนิสิตข้างต้น นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี

มีความเกี่ยวข้องกับนิสิตโดยเป็น..... อยู่บ้านเลขที่..... ซอย..... หมู่บ้าน.....

หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้).....

ข้าพเจ้าและผู้ปกครองได้รับทราบข้อมูลแนวทางการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ และความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจได้รับ ในระหว่างการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ ได้แก่ โอกาสและอันตรายจากการติดเชื้อ COVID-19 เข็มเข็มหรือบาดเจ็บระหว่างการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ อุบัติเหตุระหว่างการเดินทาง เป็นต้น ข้าพเจ้ายินยอมเข้ารับการศึกษาฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพในสถานที่จริง ณ แหล่งฝึก (on site clerkship) ตามวันเวลาข้างต้นเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และทักษะทางวิชาชีพเภสัชกรรมจากประสบการณ์จริง โดยข้าพเจ้าจะดูแลและรับผิดชอบตนเองในระหว่างฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพและปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ กฎระเบียบของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและแหล่งฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพเภสัชกรรมอย่างเคร่งครัด และจะให้ความร่วมมือในการงดเดินทางระหว่างจังหวัด ในช่วงปฏิบัติงาน และยึดถือหลักการ DMHT (D = Distancing เว้นระยะห่าง, M = Mask Wearing สวมหน้ากาก, H = Hand washing ล้างมือบ่อย ๆ, T = Testing ตรวจอุณหภูมิ ATK หรือ RT-PCR ก่อนเข้างานตามข้อกำหนดของแต่ละแหล่งฝึกปฏิบัติงาน) โดยหากเกิดเหตุอันตรายที่ได้รับในระหว่างการฝึกปฏิบัติงานข้างต้น ข้าพเจ้าและผู้ปกครองจะไม่เรียกร้อง หรือไม่ฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากหน่วยงานที่รับข้าพเจ้า เข้าฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพและคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เนื่องจากรับทราบว่า เป็นเหตุสุดิวสัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้าและผู้ปกครองข้าพเจ้าทราบโดยละเอียดถึงความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจได้รับในระหว่างการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพแล้ว ข้าพเจ้าและผู้ปกครองยินยอมโดยสมัครใจให้นิสิตที่มีชื่อข้างต้นเข้ารับการศึกษาฝึกปฏิบัติงานในสถานที่จริง ณ แหล่งฝึกโดยไม่ได้มีการบังคับหรือร้องขอจากทางคณะฯ

ข้าพเจ้าและผู้ปกครองขอรับรองให้ความยินยอมตามข้อความในหนังสือฉบับนี้ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... นิสิต

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

## ขั้นตอนการดำเนินการ

ให้นิสิตและผู้ปกครองลงนามให้ความยินยอมให้เรียบร้อยก่อนการออกฝึกปฏิบัติงานภายใน 30 เมษายน ของทุกปี  
กรณีที่ไม่ส่งจะไม่ได้รับอนุญาตให้ฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ

นำส่งสำเนาเอกสาร pdf โดยการตั้งชื่อ file “ ลำดับจัดสรร\_รหัสนิสิต\_ชื่อต้น\_ชั้นปี” เช่น 1\_633xxxx33\_สมชาย\_ปี4

คืนแก่หน่วยฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพที่ Link ส่งหนังสือยินยอม --> [CLICK](#)

(<https://drive.google.com/drive/folders/1AihaQ8oclrgO9EK968xZPW-Qe7gk2Ful?usp=sharing>)