



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

หน่วยฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ
วันที่รับ .....
เวลา .....
ผู้รับ .....

## คำร้องทั่วไป

ภาคการศึกษา ..... ปีการศึกษา .....

1 เรื่อง .....

เรียน รองคณบดีฝ่ายกิจการนิสิต

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/ .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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. ภก. ดร.จิรศักดิ์ กุศลวิริยะวงศ์ )

..... / ..... / .....

3 ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษา

.....

.....

ลงนาม .....

( ..... )

..... / ..... / .....

4 ผลการพิจารณา

.....

.....

ลงนาม .....

( รศ. ภญ. ดร.รัชณี รอดศิริ )

..... / ..... / .....

5 นิสิตลงนามรับทราบ

.....

.....

ลงนาม .....

( ..... )

..... / ..... / .....