



**หนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจเข้ารับการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพเภสัชกรรม**

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว..... รหัสนิติ..... เป็นนิติสังกัด

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

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

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

โทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)..... ข้าพเจ้าเป็นนิติที่จะลงทะเบียน เรียนรายวิชาฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ ซึ่งมีความ

ประสงค์จะเข้ารับการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ ณ สถานที่จริง ตามสถานที่ที่ได้รับจัดสรรให้เข้าฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ ได้แก่

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

และข้าพเจ้าผู้ปกครองของนิติข้างต้น นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี มีความ

เกี่ยวข้องกับนิติโดยเป็น..... อยู่บ้านเลขที่..... ซอย ..... หมู่บ้าน.....

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

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

ข้าพเจ้าและผู้ปกครองได้รับทราบข้อมูลแนวทางการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ และ ความเสี่ยง หรืออันตรายที่อาจได้รับในระหว่างการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ ได้แก่ โอกาสและอันตรายจากการติดเชื้อ COVID-19 เข้มข้นหรือบาดเจ็บระหว่างฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ อุบัติเหตุระหว่างการเดินทาง เป็นต้น ข้าพเจ้ายินยอมเข้ารับการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพในสถานที่จริง ณ แหล่งฝึก (on site clerkship) ตามวันเวลาข้างต้นเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และทักษะทางวิชาชีพเภสัชกรรมจากประสบการณ์จริง โดยข้าพเจ้าจะดูแลและรับผิดชอบตนเองในระหว่างฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพและปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ กฎระเบียบของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและแหล่งฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพเภสัชกรรมอย่างเคร่งครัด และจะให้ความร่วมมือในการเดินทางระหว่างจังหวัดในช่วงปฏิบัติงาน และยึดถือหลักการ DMHT (D = Distancing เว้นระยะห่าง, M = Mask Wearing สวมหน้ากาก, H = Hand washing ล้างมือบ่อย ๆ, T = Testing ตรวจจุ่มภูมิ ATK หรือ RT-PCR ก่อนเข้างานตามข้อกำหนดของแต่ละแหล่งฝึกปฏิบัติงาน) โดยหากเกิดเหตุอันตรายที่ได้รับในระหว่างการฝึกปฏิบัติงานข้างต้น ข้าพเจ้าและผู้ปกครองจะไม่เรียกร้อง หรือไม่ฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากหน่วยงานที่รับข้าพเจ้าเข้าฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพและคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เนื่องจากรับทราบว่าเป็นเหตุสุดวิสัย ทั้งนี้ข้าพเจ้าและผู้ปกครองข้าพเจ้าทราบโดยละเอียดถึงความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจได้รับในระหว่างการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพแล้ว ข้าพเจ้าและผู้ปกครองยินยอมโดยสมัครใจให้นิติที่มีชื่อข้างต้นเข้ารับการฝึกปฏิบัติงานในสถานที่จริง ณ แหล่งฝึกโดยไม่ได้มีการบังคับหรือร้องขอจากทางคณะฯ

ข้าพเจ้าและผู้ปกครองขอรับรองให้ความยินยอมตามข้อความในหนังสือฉบับนี้ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... นิติ

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

## ขั้นตอนการดำเนินการ

ให้นักศึกษาและผู้ปกครองลงนามให้ความยินยอมให้เรียบร้อยก่อนการออกฝึกปฏิบัติงานภายใน 30 เมษายน ของทุกปี กรณีที่ไม่ส่งจะไม่ได้รับอนุญาตให้ฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ

นำส่งสำเนาเอกสาร pdf โดยการตั้งชื่อ file “ ลำดับ\_รหัสนิสิต\_ชื่อต้น\_ชั้นปี” คืนแก่หน่วยฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพที่ Link ส่งหนังสือยินยอม