แบบยื่นขอเสนอเป็นสถาบันเครือข่าย เพื่อจัดการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

ชื่อสถาบันหลัก คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น รหัสสถาบันหลัก 1005

**ชื่อสถาบันเครือข่าย..............................................................................รหัสสถาบันเครือข่าย ...........................**

ข้อมูลทั่วไป 🞎 โรงพยาบาลศูนย์ 🞎 โรงพยาบาลเอกชน 🞎 โรงพยาบาลทั่วไป 🞎 ชมรม/สมาคม 🞎 หน่วยงานอื่น ๆ

ชื่อหัวหน้าหน่วยงานสถาบันเครือข่าย ชื่อ............................................................................................. ตำแหน่ง**..............................................................**

มือถือ**..................................................**  โทรศัพท์ ………………………………………………………………. email**.................................................................**

ที่อยู่ของสถาบันเครือข่าย หมู่**...................................**ซอย...................................... อาคาร..................................................................

แขวง/ตำบล **..........................................**อำเภอ/เขต....................................................................... จังหวัด.......................................................................

รหัสไปรษณีย์**.....................................** โทรศัพท์**............................................**

โทรสาร**.........................................**  WEBSITE**....................................................**

|  |
| --- |
|  |

คุณสมบัติของสถาบันเครือข่าย

□ 1. มีศักยภาพในการจัดการศึกษาต่อเนื่องในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

□ 2. เป็นหน่วยงานในเครือข่ายของสถาบันหลักใดเพียงสถาบันเดียว

□ 3. ต้องมีการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยงานในเครือข่ายของสถาบันหลัก และจัดกิจกรรมภายใต้ชื่อของสถาบันหลัก

ประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง ช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ให้ระบุชื่อการประชุมและ/หรือชื่อวารสารทางวิชาการ)(สามารถตอบได้มากกว่า 1 กิจกรรม)

**กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง**

1. การประชุมวิชาการ

ปี 2557

|  |  |
| --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อการประชุมวิชาการ** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

ปี 255**8**

|  |  |
| --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อการประชุมวิชาการ** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

2. วารสารทางวิชาการ (ที่ออกโดยหน่วยงาน)

 ชื่อวารสาร ........................................................................................ ISSN ………………………………………………..Website …………………………………………………….

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ........................................................................

(....................................................................)

 ตำแหน่ง .................................................

 วันที่ ..........................................

กรุณาส่งใบสมัครไปที่หน่วยสนับสนุนการวิจัยและประชุมวิชาการ สำนักงานคณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

โทร.043-202378 ต่อ 48311 หรือ 48321 โทรสาร 043-202137 และหากมีคำถามสามารถสอบถามโดยตรงได้ทาง e-mail:psconference@kku.ac.th