



ที่ อว 660301.11.1/ว. 5226

มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
123 ถนนมิตรภาพ  
อำเภอเมืองขอนแก่น  
จังหวัดขอนแก่น 40002

๓ ตุลาคม 2567

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นจำนวน 5 หลักสูตร  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั่วประเทศ  
สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสืออนุมัติการจัดฝึกอบรมระยะสั้นจำนวน 5 หลักสูตร

ด้วยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้จัดให้มีหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น จำนวน 5 หลักสูตร  
ประกอบด้วย

หลักสูตร	อัตราค่าลงทะเบียน ตลอดหลักสูตร ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ	จำนวน ที่รับฝึกอบรม
หลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมระยะสั้น (สาขาการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง) รุ่นที่ 20 (หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5จ)	25,000 บาท/คน	รอบละ 2 คน รวมจำนวน 12 คน
หลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมระยะสั้น (สาขาการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง) รุ่นที่ 20 (หอผู้ป่วยอายุรกรรม 6ข)	25,000 บาท/คน	รอบละ 2 คน รวมจำนวน 12 คน
หลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมระยะสั้น (สาขาการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก) รุ่นที่ 16	25,000 บาท/คน	รอบละ 2 คน รวมจำนวน 12 คน
หลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมระยะสั้น (สาขาการให้บริการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมการตรวจติดตามระดับยาในเลือด) รุ่นที่ 16	25,000 บาท/คน	รอบละ 1 คน รวมจำนวน 6 คน
หลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมระยะสั้น (สาขาการให้บริการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยแบบประคับประคอง) รุ่นที่ 9	25,000 บาท/คน	รอบละ 2 คน รวมจำนวน 12 คน

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เห็นว่าการจัดอบรมทั้ง 5 หลักสูตร เป็นประโยชน์กับบุคลากรในหน่วยงาน  
ของท่าน ดังนั้น จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านพิจารณาส่งข้าราชการและพนักงานของรัฐในสังกัดเข้าร่วมรับการฝึกอบรมโดยชำระ  
ค่าลงทะเบียนคนละ 25,000 บาท/คน/หลักสูตร สำหรับผู้เข้ารับการอบรมสามารถเบิกค่าลงทะเบียนจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบของ  
ทางราชการ และไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาส่งข้าราชการและลงทะเบียนเข้ารับการอบรมโดยลงทะเบียนการอบรมผ่าน  
ระบบออนไลน์ได้ที่ <https://pharmoffice.kku.ac.th/iss/index.php/shortcoursecontrol> และชำระเงินค่าลงทะเบียน  
การฝึกอบรมจำนวนเงิน 25,000 บาท/คน/หลักสูตร ผ่าน QR Code ชื่อบัญชี เงินรายได้ มข. (คณะเภสัชศาสตร์) และแสดงหลักฐาน  
การชำระค่าลงทะเบียนโดยการ Upload หลักฐานการโอนเงินได้ในระบบลงทะเบียนออนไลน์ จะขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกสัชกร นรินทร์ จันท์ศรี)

คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

กองบริหารงานคณะเภสัชศาสตร์

โทร. 0-4320-2378/0-4320-3479/0-4336-2094 ต่อ 48328

โทรสาร 0-4320-2137



**ใบสมัครเพื่อแสดงความจำนงการเข้าอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตร  
การให้บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยแบบประคับประคอง  
โครงการความร่วมมือระหว่าง คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
และ ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

**รุ่นที่ 9**

ชื่อ .....นามสกุล..... อายุ .....ปี  
 ที่ทำงาน.....  
 โทร.....โทรสาร.....Email.....ตำแหน่ง  
 ปัจจุบันและหน้าที่ความรับผิดชอบ .....  
 .....อายุงานตำแหน่งปัจจุบัน.....ปี  
 ประวัติการทำงาน.....  
 .....  
 เหตุผลที่ต้องการเข้ารับการอบรม.....  
 .....  
 รอบที่ต้องการอบรมให้ **กาเครื่องหมาย**  **หน้ารอบที่ต้องการอบรม**

โปรดกาเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> หน้ารอบระยะเวลาที่ ต้องการฝึกอบรม	รอบการ ฝึกอบรม	ระยะเวลาการฝึกอบรม	ชื่อ/นามสกุล ผู้เข้ารับการ ฝึกอบรม
	1	1 ตุลาคม 2567-31 ธันวาคม 2567 และ 1-31 มกราคม 2568	
	2	1 ธันวาคม 2567-28 กุมภาพันธ์ 2568 และ 1-31 มีนาคม 2568	
	3	1 กุมภาพันธ์ 2568-30 เมษายน 2568 และ 1-31 พฤษภาคม 2568	
	4	1 เมษายน 2568-30 มิถุนายน 2568 และ 1-31 กรกฎาคม 2568	
	5	1 มิถุนายน 2568-31 สิงหาคม 2568 และ 1-30 กันยายน 2568	
	6	1 สิงหาคม 2568-31 ตุลาคม 2568 และ 1-30 พฤศจิกายน 2568	

ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง

ลงชื่อ.....  
 ( ..... )

## คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า .....ผู้บังคับบัญชาของ .....

อนุญาตให้บุคคลดังกล่าวเข้าฝึกอบรมในหลักสูตรประกาศนียบัตรการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยแบบประคับประคอง  
รุ่นที่ ..... รอบที่ ..... หากผ่านขั้นตอนการคัดเลือก

ลงชื่อ.....

( ..... )

ตำแหน่ง .....

วันที่.....