



ที่ อว 660301.11.1/ 3602

มหาวิทยาลัยขอนแก่น
123 ถนนมิตรภาพ
อำเภอเมืองขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่น 40002

4 สิงหาคม 2568

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น จำนวน 5 หลักสูตร
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วประเทศ
สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสืออนุมัติการจัดฝึกอบรมระยะสั้น จำนวน 5 หลักสูตร

ด้วยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้จัดให้มีหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น จำนวน 5 หลักสูตร
ประกอบด้วย

หลักสูตร	อัตราค่าลงทะเบียน ตลอดหลักสูตร ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ	จำนวน ที่รับฝึกอบรม
หลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารทางเภสัชกรรมระยะสั้น (สาขาการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง) รุ่นที่ 21 (หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5จ)	25,000 บาท/คน	รอบละ 2 คน รวมจำนวน 12 คน
หลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารทางเภสัชกรรมระยะสั้น (สาขาการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง) รุ่นที่ 21 (หอผู้ป่วยอายุรกรรม 6ข)	25,000 บาท/คน	รอบละ 2 คน รวมจำนวน 12 คน
หลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารทางเภสัชกรรมระยะสั้น (สาขาการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก) รุ่นที่ 17	25,000 บาท/คน	รอบละ 2 คน รวมจำนวน 12 คน
หลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารทางเภสัชกรรมระยะสั้น (สาขาการให้บริการทางเภสัชกรรมการตรวจติดตามระดับยาในเลือด) รุ่นที่ 17	25,000 บาท/คน	รอบละ 1 คน รวมจำนวน 6 คน
หลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารทางเภสัชกรรมระยะสั้น (สาขาการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยแบบประคับประคอง) รุ่นที่ 10	25,000 บาท/คน	รอบละ 3 คน รวมจำนวน 18 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 จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรหญิง สุภาวดี ดาวดี)

รองคณบดีฝ่ายการศึกษาและประกันคุณภาพ

รักษาการแทนคณบดีคณะเภสัชศาสตร์

กองบริหารงานคณะเภสัชศาสตร์

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

โทรสาร 0-4320-2137



ใบสมัครเพื่อแสดงความจำนงเข้ารับการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารทางเภสัชกรรม
สาขาการการตรวจติดตามระดับยาในเลือด
รุ่นที่ 17 (ปีงบประมาณ 2569)

ชื่อนามสกุล..... อายุปี
ที่ทำงาน.....
โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....Email.....
ตำแหน่งปัจจุบันและหน้าที่ความรับผิดชอบ
อายุงานตำแหน่งปัจจุบัน.....ปี
ประวัติการทำงาน.....

เหตุผลที่ต้องการเข้ารับการอบรม.....

รอบที่ต้องการอบรมให้ **กาเครื่องหมาย ☒ หนึ่งรอบที่ต้องการอบรม**

โปรดกา เครื่องหมาย ☒ หนึ่งรอบระยะเวลา ที่ต้องการอบรม	รอบการ อบรม	ระยะเวลาการอบรม (4 เดือน)	ชื่อ/นามสกุล ผู้เข้ารับการอบรม
	1	1 ตุลาคม 2568-31 มกราคม 2569	
	2	1 ธันวาคม 2568-31 มีนาคม 2569	
	3	1 กุมภาพันธ์ 2569-31 พฤษภาคม 2569	
	4	1 เมษายน 2569-31 กรกฎาคม 2569	
	5	1 มิถุนายน 2569-30 กันยายน 2569	
	6	1 สิงหาคม 2569-30 พฤศจิกายน 2569	

ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า

อนุญาตให้บุคคลดังกล่าวเข้าอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารทางเภสัชกรรม สาขาการการตรวจติดตามระดับยาในเลือด (รุ่นที่ รอบที่.....) หากผ่านขั้นตอนการคัดเลือก

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....