



สำหรับเจ้าหน้าที่
งานบริการการศึกษา (งานบัณฑิตศึกษา)
วันที่รับเอกสาร...../...../.....
ลงชื่อ.....

แบบบันทึกการ.....

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

เรื่อง ขอ.....

เรียน

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/นาง.....ใบอนุญาตเลขที่ ภ.....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน:

ข้อมูลที่สามารถติดต่อได้สะดวก E-mail:.....หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ).....

ผู้เข้ารับการศึกษาฝึกอบรมระยะสั้นการบริหารทางเภสัชกรรม สาขา.....

สถานที่ฝึกอบรม.....ระยะเวลาการฝึกอบรม.....

มีความประสงค์ขอ.....รายละเอียดดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายละเอียดหัวข้อการวัดและประเมินผล	อาจารย์ผู้/ควบคุมการ ฝึกอบรม	ระบุ :√ ในช่องที่ท่านต้องการ	
			คะแนนที่ได้	ผลการประเมิน
1	การประเมินผลการฝึกปฏิบัติโดยอาจารย์แหล่งฝึก			
2	แฟ้มปฏิบัติงานส่วนตัว (portfolio)			
3	การสอบข้อเขียน			
4	การสอบปฏิบัติ			

เนื่องจาก (ระบุเหตุผลชัดเจน).....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ (.....)

วันที่

ความเห็นของ..... ☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต ลงชื่อ (.....) วันที่...../...../.....	การดำเนินการของ..... ☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต การดำเนินการ..... ลงชื่อ (.....) วันที่...../...../.....
---	--