



คำขอทราบคะแนนสอบวัดความรู้ตามเกณฑ์สมรรถนะร่วม

☛ ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี
รหัสประจำตัวสอบ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☛ สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....
☛ ขอทราบผลการสอบวัดความรู้ทางวิชาชีพ (PLE-IP2, PLE-PC2) ครั้งที่.....
เนื่องจาก

☛ ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์..... มือถือ.....

- ได้แนบเอกสารสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สอดช่องติดแสตมป์ จ่าหน้าซองถึงตัวท่านเอง (สำหรับผู้ที่ส่งคำร้องมาทางไปรษณีย์)

ส่งมาที่ ผู้อำนวยการศูนย์สอบความรู้ฯ (รศ.ดร.ภญ.บุษบา จินดาวิจักษ์ณ์)
ศูนย์สอบความรู้ฯ สภาเภสัชกรรม
สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม ชั้น 8 อาคารมหิตลาธิเบศร กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 88/19 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
**** หรือส่งเป็น Email มาที่ ****
Email : ph_exam@pharmacycouncil.org

* หมายเหตุ : การส่งคำร้องขอคะแนน กำหนดให้ทำได้ภายใน 7 วัน หลังการประกาศผลคะแนนสอบ

ลงชื่อ.....
(.....)