



คำขอทราบคะแนนสอบวัดความรู้ตามเกณฑ์สมรรถนะร่วม

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

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

☛ สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....  
☛ ขอทราบผลการสอบวัดความรู้ทางวิชาชีพ (PLE-CC2) ครั้งที่.....  
เนื่องจาก .....

☛ ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย.....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.....  
(.....)