



## คำขอทราบคะแนนสอบวัดความรู้ตามเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะสาขา

★ ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี

รหัสประจำตัวสอบ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

★ สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....

★ ขอทราบผลการสอบวัดความรู้ทางวิชาชีพ ☐ PLE-IP1 ☐ PLE-PC1 ☐ PLE-PHCP1 ครั้งที่.....

เนื่องจาก .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

★ ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์..... มือถือ.....

☐ ได้แนบหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมขอดูรายละเอียดคะแนนสอบ (150 บาท)

☐ ได้แนบเอกสารสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

☐ สอดช่องติดแสตมป์ จ่าหน้าซองถึงตัวท่านเอง (สำหรับผู้ที่ส่งคำร้องมาทางไปรษณีย์)

ส่งมาที่ ผู้อำนวยการศูนย์สอบความรู้ฯ (รศ.ดร.ภญ.บุษบา จินดาวิจักษ์ณ์)

ศูนย์สอบความรู้ฯ สภาเภสัชกรรม

สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม ชั้น 8 อาคารมิตลาลิเบศร 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.....

(.....)