



คำขอทราบคะแนนสอบวัดความรู้ตามเกณฑ์สมรรถนะร่วม

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

รหัสประจำตัวสอบ

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

★ สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....

★ ขอทราบผลการสอบวัดความรู้ทางวิชาชีพ (PLE-CC1) ครั้งที่.....

เนื่องจาก

.....

.....

.....

.....

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

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

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

☐ ได้แนบหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมขอตรวจละเอียดคะแนนสอบ (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.....

(.....)