



# มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ WALAILAK UNIVERSITY

นครศรีธรรมราช : 222 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

โทรศัพท์ 0 7567 3000, 0 7538 4000, 0 7552 3000 โทรสาร 0 7567 3708

กรุงเทพมหานคร : เลขที่ 979/42-46 อาคารเอสเอ็ม ทาวเวอร์ ชั้น 19 (ตรงข้าม ททบ.5) ถนนพหลโยธิน

เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0 2298 0244-5, 0 2299 0930 โทรสาร 0 2298 0248 E-mail : wu-bkk@wu.ac.th

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
เลขที่รับ ๕๗๗๓
วันที่รับ 13 ส.ย. 2565
เวลา 13.46

ที่ อว ๗๕ ๔๔ ๙๐ ๐๐/๕๘๗๐

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

๒๒๒ ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา

จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๖๐

๖ มิถุนายน ๒๕๖๕

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับเลขที่ ๑๑๐๗
รับวันที่ 13 ส.ย. 65
เวลา 15.37

เรื่อง ขอเชิญเสนอรายชื่อเภสัชกรเพื่อเชิดชูเกียรติเป็นเภสัชกรภาคใต้ดีเด่นประจำปี ๒๕๖๕

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

- |                  |                                     |       |        |
|------------------|-------------------------------------|-------|--------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑.ประกาศชมรมเภสัชกรภาคใต้ ฉบับที่ ๑ | จำนวน | ๑ ฉบับ |
|                  | ๒.แบบเสนอรายชื่อเภสัชกร             | จำนวน | ๑ ฉบับ |
|                  | ๓.แผ่นประชาสัมพันธ์                 | จำนวน | ๑ ฉบับ |

ด้วยชมรมเภสัชกรภาคใต้ ร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จัดให้ มีการคัดเลือกเภสัชกรที่มีความเหมาะสม ครอบคลุมไปยังสาขาและหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ เช่น โรงพยาบาล ร้านยา และระบบยา เป็นต้น ซึ่งเป็นผู้อยู่เบื้องหลังของการมีสุขภาพดีของประชาชน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขต ๑๔ จังหวัดภาคใต้ เพื่อเชิดชูเกียรติเป็นเภสัชกรภาคใต้ดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๕ โดยมีจำนวน ๖ สาขาประเภท ตามรายละเอียดดังเอกสารแนบ ๑

โดยสามารถดำเนินการเสนอรายชื่อผ่านระบบ Google form โดย scan QR code ดังเอกสารแนบ ๒ และ ๓ หรือจัดเตรียมเป็นเอกสารและจัดส่งมาทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่ pharmwu ๒๐๑๙@gmail.com ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ผศ.ดร.ภก.บุญส่ง หวังสินทวีกุล โทรศัพท์ ๐๙๙-๓๐๑๔๔๓๓, Line : @peknuCIFera, email: boonsong.wu@mail.wu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการจักขอบคุณยิ่ง

รับ นพ.รพ.จ.

ไม่ไปจากชมรม + ประจ.  
*[Handwritten signature]*

ขอแสดงความนับถือ

*[Handwritten signature]*

(อาจารย์ ดร.จิราพร ชินกุลพิทักษ์)

คณบดีสำนักวิชาเภสัชศาสตร์

ปฏิบัติหน้าที่แทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ทราบดำเนินการ

*[Handwritten signature]*

(นายอุดมเกียรติ พูลสวัสดิ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี



สำนักวิชาเภสัชศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๗๕๖๗-๒๘๐๘-๑๐

โทรสาร ๐-๗๕๖๗-๒๘๑๔



ประกาศชมรมเภสัชกรภาคใต้  
เรื่อง การคัดเลือกเภสัชกรภาคใต้ดีเด่น ประจำปี 2565

ด้วยชมรมเภสัชกรภาคใต้ จะพิจารณาคัดเลือกเภสัชกรดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๕ เพื่อประกาศเกียรติคุณและให้ได้รับโล่เกียรตินิยมจากชมรมเภสัชกรภาคใต้ ในงานประชุมวิชาการชมรมเภสัชกรภาคใต้ ประจำปี ๒๕๖๕ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ประเภทของเภสัชกรภาคใต้ดีเด่น มี ๖ ประเภท ดังต่อไปนี้

- ๑.๑) เภสัชกรภาคใต้ดีเด่น ด้านสาขาเภสัชกรการศึกษา
- ๑.๒) เภสัชกรภาคใต้ดีเด่น ด้านสาขาเภสัชกรรมชุมชน
- ๑.๓) เภสัชกรภาคใต้ดีเด่น ด้านสาขาเภสัชกรการตลาดและเภสัชกรรมอุตสาหกรรม
- ๑.๔) เภสัชกรภาคใต้ดีเด่น ด้านสาขาบริการสาธารณสุข
- ๑.๕) เภสัชกรภาคใต้ต้นแบบดีเด่น (เน้นการสร้างประโยชน์แก่สังคม และสาธารณะ)
- ๑.๖) เภสัชกรภาคใต้รุ่นใหม่ดีเด่น (อายุไม่เกิน ๓๕ ปี ณ วันที่ประกาศรับสมัคร)

๒. เกณฑ์การคัดเลือกเภสัชกรภาคใต้ดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๕

๒.๑) คุณสมบัติ

๒.๑.๑) เป็นเภสัชกรในเขตพื้นที่ ๑๔ จังหวัดภาคใต้ หรือเภสัชกรที่สร้างคุณประโยชน์ให้กับวิชาชีพเภสัชกรรมในเขตพื้นที่ ๑๔ จังหวัดภาคใต้

๒.๑.๒) เป็นผู้ประพฤติดี ดังนี้

-ด้านจริยธรรม คือ มีความประพฤติส่วนบุคคลที่มีจริยธรรมในการดำรงตน และมีจรรยาบรรณในวิชาชีพ มีจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ ไม่ว่าจะป็นงานราชการ หรือเอกชน

-ด้านคุณธรรม คือ มีธรรมอันเป็นคุณกับผู้คน ไม่ว่าจะป็นครอบครัว ผู้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และประชาชนโดยรอบ

-ด้านธรรมาภิบาล คือ มีการทำงานด้วยความสุจริต โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ มีเหตุมีผล ไม่ใช่อารมณ์ส่วนบุคคล ไม่ก้าวร้าวกับผู้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และประชาชนรายรอบ

๒.๑.๓) มีคุณสมบัติที่โดดเด่นในด้านที่ได้รับการเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือก

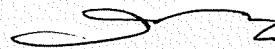
๒.๑.๔) ได้รับการยอมรับเป็นอย่างดีจากสังคมโดยรวม และผู้ที่เกี่ยวข้อง

๓. ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ๓.๑) การเสนอชื่อ ชมรมเภสัชกรภาคใต้ แจ้งให้บุคคล องค์กร และหน่วยงานต่าง ๆ พิจารณาเสนอชื่อเภสัชกรภาคใต้ที่สมควรเป็นเภสัชกรภาคใต้ดีเด่น ภายในวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ หากเสนอชื่อด้วยตนเอง ต้องมีผู้รับรองอย่างน้อย ๑ ท่าน
- ๓.๒) การกลั่นกรองและคัดเลือก คณะกรรมการคัดเลือกเภสัชกรภาคใต้ดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๕ พิจารณากลั่นกรอง และคัดเลือกผู้ที่มีความเหมาะสม

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๕



(เภสัชกร วรศักดิ์ พุฒิวิถิชย์)  
ประธานชมรมเภสัชกรภาคใต้

# แบบฟอร์มเสนอชื่อ

การคัดเลือกเภสัชกรภาคใต้ดีเด่น ประจำปี 2565



## “ประเภทของเภสัชกรภาคใต้ดีเด่น” (โปรดระบุ)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ด้านสาขาเภสัชกรการศึกษา                  | <input type="checkbox"/> ด้านสาขาบริการสาธารณสุข      |
| <input type="checkbox"/> ด้านสาขาเภสัชกรรมชุมชน                   | <input type="checkbox"/> ด้านสร้างคุณประโยชน์แก่สังคม |
| <input type="checkbox"/> ด้านสาขาเภสัชกรการตลาดและเภสัชอุตสาหกรรม | <input type="checkbox"/> เภสัชกรภาคใต้รุ่นใหม่ดีเด่น  |

### 1. ประวัติผู้ถูกเสนอชื่อเป็นเภสัชกรภาคใต้ดีเด่น

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี  
 วัน/เดือน/ปี เกิด.....  
 ตำแหน่งปัจจุบัน.....  
 สถานที่ทำงาน.....  
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....  
 อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้  
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....  
 อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
 โทร.....มือถือ.....E-mail.....

### 2. ประวัติการศึกษา

ปีที่สำเร็จการศึกษา	ปริญญา / วุฒิบัตร / ประกาศนียบัตร	สาขา / สถาบัน

### 3. อาชีพ

- ข้าราชการ
- ประกอบธุรกิจส่วนตัว หรือวิชาชีพ หรือทำงาน ในองค์กรธุรกิจ (โปรดระบุ).....
- บริษัทเอกชน (โปรดระบุ).....
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

# แบบฟอร์มเสนอชื่อ

การคัดเลือกเภสัชกรภาคใต้ดีเด่น ประจำปี 2565



## 4. ประวัติการทำงาน

### 4.1 งานประจำ

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	สังกัด

### 4.2 กิจกรรมพิเศษ ได้แก่ การฝึกอบรมและดูงาน

ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	หน่วยงานที่จัดอบรม

### 4.3 เป็นสมาชิกหรือกรรมการ สมาคม, มูลนิธิ, ชมรม, หรืออื่นๆ หรือประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (เช่น เป็นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการ วิทยากร อาจารย์พิเศษ เป็นต้น หากเป็น วิทยากรหรืออาจารย์พิเศษ ให้ระบุหัวข้อบรรยาย ชื่องานประชุม และเวลาที่จัดกิจกรรม)

- ..... ปี
- ..... ปี
- ..... ปี

### 4.4 เกียรติประวัติ / รางวัลที่เคยได้รับ

- ..... ปี
- ..... ปี
- ..... ปี

## 5. ผลงานที่เผยแพร่สู่สาธารณชน

### 5.1 หนังสือ/ตำรา

ชื่อบทความ	ชื่อหนังสือ	สำนักพิมพ์	ปีที่พิมพ์

### 5.2 บทความวิชาการ : พิมพ์เผยแพร่ในวารสารต่างประเทศ

ชื่อผู้แต่ง	ปีที่พิมพ์	ชื่อวารสาร	ฉบับที่	หน้า

# แบบฟอร์มเสนอชื่อ

การคัดเลือกเภสัชกรภาคใต้ดีเด่น ประจำปี 2565



## 5.3 บทความวิชาการ : พิมพ์เผยแพร่ในวารสารประเทศไทย

ชื่อผู้แต่ง	ปีที่พิมพ์	ชื่อวารสาร	ฉบับที่	หน้า

## 5.2.3 สิ่งประดิษฐ์/นวัตกรรม

- ..... ปี
- ..... ปี
- ..... ปี

## 5.2.4 ผลงานในลักษณะอื่นๆ

- ..... ปี
- ..... ปี
- ..... ปี

## 6. ผลงานที่โดดเด่นในสาขาที่ถูกเสนอชื่อ

- ..... ปี
- ..... ปี
- ..... ปี

## 7. ผู้เสนอ

ชื่อ-สกุล.....  
 ตำแหน่งปัจจุบัน.....  
 สถานที่ทำงาน.....  
 บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....  
 อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทร..... มือถือ..... E-mail.....

# แบบฟอร์มเสนอชื่อ

การคัดเลือกเภสัชกรภาคใต้ดีเด่น ประจำปี 2565



ลงชื่อ.....ผู้เสนอ

(.....)

วันที่.....



**ขอเชิญเสนอรายชื่อเกสัชกร**  
เพื่อเชิดชูเกียรติเป็นเกสัชกรภาคใต้ดีเด่น  
**ประจำปี 2565**

สาขาเกสัชกรการศึกษา  
สาขาบริการสาธารณสุข  
สาขาเกสัชกรรมชุมชน  
สาขาสร้างคุณประโยชน์แก่สังคม  
สาขาเกสัชกรการตลาดและเกสัชอุตสาหกรรม  
เกสัชกรภาคใต้รุ่นใหม่ดีเด่น



เสนอรายชื่อได้ที่  
<https://forms.gle/ZcL6UmsyN79Vp58f6>  
หรือ Scan QR code นี้  
โดยกรอกรายละเอียดตามแบบฟอร์ม และส่งข้อมูล  
"ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2565"