

อำนาจ
ที่ พร ๐๐๓๗.๒/ว ๒๕๕๕



ศาลากลางจังหวัดแพร่
ถนนไชยบูรณ์ พร ๕๔๐๐๐

๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอรบความ ต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชศาสตร์ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่ และนายกเทศมนตรีเมืองแพร่

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนมาก ที่ มท ๐๘๐๙.๕/ว ๔๓
ลงวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๕ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข ว่า คณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา มีความ
ประสงค์ขอรบความ ต้องการแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชศาสตร์ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีงบประมาณ
๒๕๕๖ เพื่อใช้เป็นแนวทางประกอบการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา
ที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ณ สิ้นปีการศึกษา ๒๕๕๕ ไปปฏิบัติงานชดใช้ทุน โดยจะจัดสรรให้เฉพาะองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นที่มีอัตราว่าง และมีตำแหน่งสามารถบรรจุเข้าปฏิบัติงานได้ในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๖ รายละเอียดตาม
หนังสือที่ส่งมาพร้อมนี้

ดังนั้น เพื่อให้ทราบ ข้อมูลความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องดังกล่าว
จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖
กรอกแบบสอบถามตามที่กำหนด และสามารถดาวน์โหลดแบบสอบถามได้ที่ <http://www.thaimed.pi.ac.th>
แล้วส่งคืนให้สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โดยตรง ภายในวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๕ พร้อมทั้งให้ส่งสำเนาแบบสอบถามดังกล่าวให้กรมส่งเสริมการปกครอง
ท้องถิ่นทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ สำหรับอำเภอแจ้งให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่ทราบ
และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายคณัย ยอดนิล)

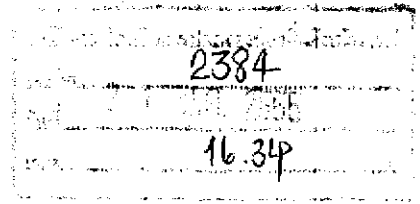
ท้องถิ่นจังหวัดแพร่ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานมาตรฐานการบริหารงานบุคคลท้องถิ่น
โทร. ๐ ๕๔๕๓ ๕๕๐๔-๕ ต่อ ๑๗

๒๕๖๓
ด่วนมาก

ที่ มท ๐๔๐๙.๕/ ๑ ๕๓



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม.๑๐๓๐๐

๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอรบความ ต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชศาสตร์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสถาบันพระบรมราชชนก ที่ สช ๐๒๐๓.๐๔/๖ ๓/๒๓/

ลงวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๕๕

ด้วยสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแจ้งว่า คณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา มีความประสงค์ขอรบ ความต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ ของหน่วยงานต่างๆ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ เพื่อใช้เป็นแนวทางประกอบการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา ที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ณ สิ้นปีการศึกษา ๒๕๕๕ ไปปฏิบัติงานชดใช้ทุน โดยจะจัดสรรให้เฉพาะ ส่วนราชการ/หน่วยงานที่มีอัตราว่าง และมีตำแหน่งสามารถบรรจุนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ ผู้ทำสัญญา ซึ่งจะสำเร็จการศึกษาเข้าปฏิบัติงานได้ในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๖ รายละเอียดตามหนังสือ ที่ส่งมาพร้อมนี้

ดังนั้น เพื่อให้ทราบข้อมูลความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องดังกล่าว จึงขอความร่วมมือจังหวัดกรุณาแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๕) กรอกแบบสอบถามตามที่กำหนด และสามารถดาวน์โหลดแบบสอบถามได้ที่ <http://www.thaimed.pi.ac.th> แล้วส่งคืนให้สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ โดยตรง ภายในวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๕ พร้อมทั้งให้ส่งสำเนาแบบสอบถามดังกล่าวให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิระยุทธ เอี่ยมอำภา)

อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สำนักพัฒนาระบบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น

ส่วนประสานการถ่ายโอนบุคลากรและมาตรฐานตำแหน่ง

โทร. ๐-๒๒๔๑-๙๐๐๐ ต่อ ๓๓๓๑



กระทรวงมหาดไทย
กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย
วันที่ 12 เม.ย. 2555
เลขรับ 14206
สถาบันพระบรมราชชนก
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

สศ
C

ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๔/ว ๗๒๗

328

๕ เมษายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอรบความ ต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชศาสตร์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖

27536
12 เม.ย. 2555

เรียน ปลัดกระทรวงมหาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสอบถามความต้องการแพทย์
๒. แบบสอบถามความต้องการทันตแพทย์
๓. แบบสอบถามความต้องการเภสัชศาสตร์

ด้วยคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา
ชดใช้ทุน มีความประสงค์ขอรบความ ต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ ของกระทรวง ทบวง กรม
องค์กรส่วนปกครองส่วนท้องถิ่น และส่วนราชการ/หน่วยงานต่างๆ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ เพื่อใช้เป็น
แนวทางประกอบการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา ที่คาดว่าจะ
สำเร็จการศึกษา ณ สิ้นปีการศึกษา ๒๕๕๕ ไปปฏิบัติงานชดใช้ทุน ซึ่งในการจัดสรรดังกล่าว คณะกรรมการฯ
จะจัดสรรให้เฉพาะส่วนราชการ/หน่วยงานที่อัตราว่าง มีตำแหน่ง/สามารถบรรจุนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์
และเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา ซึ่งจะสำเร็จการศึกษาเข้าปฏิบัติงานได้ภายในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งให้หน่วยงานในสังกัดของท่านที่ต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์
ผู้ทำสัญญา ชดใช้ทุน ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ กรอกแบบสอบถามที่ส่งมาพร้อมนี้ และสามารถดาวน์โหลด
แบบสอบถามนี้ได้ที่ <http://www.pi.ac.th> แล้วส่งคืนไปยังสถาบันพระบรมราชชนก ภายในวันที่ ๓๐
พฤษภาคม ๒๕๕๕ ด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมควร หาญพัฒน์ชัยกูร)
ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

สำนักพัฒนาระบบบริหารงานบุคคลของรัฐมนตรี
เลขที่รับ 2887
วันที่ 17 เม.ย. 2555
เวลา

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชศาสตร์ ผู้ทำสัญญา

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๑๑

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๑๑

แบบสอบถามความต้องการแพทย์ ปีงบประมาณ 2556

1. ชื่อส่วนราชการ/ (ระดับกรมหรือเทียบเท่า).....
 2. ข้อมูลจำนวนตำแหน่งที่ต้องการในปีงบประมาณ 2556
- 2.1 หน่วยงานการศึกษา (คณะ/อื่นๆ).....

ภาคีวิชา/สาขา/หน่วยกอง/ หน่วยสำหรับวพ.กอง/ ฝ่ายสำหรับวพม.	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง			ชื่อตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ชรก	พนักงาน องค์การของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย				
1)								
2)								
3)								
4)								
5)								
รวมทั้งสิ้น								

หากไม่มีเลขที่ตำแหน่งและอัตราเงินเดือน ในการนี้จะต้องระบุว่าจะสามารถจัดหาอัตราตำแหน่งเพื่อบรรจุแพทย์ใช้ทุนได้ในวันที่ 1 เมษายน หรือไม่

- ได้
- ไม่ได้

2.2 หน่วยงานการให้บริการ (โรงพยาบาล/อื่นๆ).....

หน่วยงาน/แผนก	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ชรก	พนักงานองค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

หากไม่มีเลขที่ตำแหน่งและอัตราเงินเดือนในการนี้จะต้องระบุว่าจะสามารถจัดหาอัตราตำแหน่งเพื่อบรรจุแพทย์ใช้ทุนได้ในวันที่ 1 เมษายน หรือไม่

ได้

ไม่ได้

2.3 หน่วยงานประเภทอื่น (ซึ่งมิใช่หน่วยงานทางการศึกษา หรือหน่วยงานให้บริการ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ชรก	พนักงาน องค์การของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

หากไม่มีเลขที่ตำแหน่งและอัตราเงินเดือนในการนี้จะต้องระบุว่าจะสามารถจัดหาอัตราตำแหน่งเพื่อบรรจุแพทย์ใช้ทุนได้ในวันที่ 1 เมษายน หรือไม่

ได้

ไม่ได้

2.3.1 โปรดระบุจำนวนสาขาให้ชัดเจนตามตารางต่อไปนี้

ชื่อหน่วยงาน/โครงการ	จำนวนความต้องการจ้างตามสาขา						รวม
	ปรีคลินิก		คลินิกขาดแคลน		คลินิกทั่วไป/อื่นๆ		
	สาขา	จำนวน	คลินิกขาดแคลน ประเภทที่ 1	จำนวน	คลินิกขาดแคลน ประเภทที่ 2	จำนวน	
1) ภาควิชา.....							
2) ภาควิชา.....							
3) ภาควิชา.....							
4) ภาควิชา.....							
5) อื่นๆ (โปรดระบุ).....							
รวม							

3. รายละเอียดของคณะหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ขอรับจัดสรรนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญา

3.1 คณะหรือหน่วยงานทางการศึกษา (เฉพาะสาขาที่ขอมมา)

1)	ชื่อหน่วยงานย่อยฝ่าย/ภาควิชา/แผนก/สาขา	จำนวนอาจารย์				อื่นๆ	หมายเหตุ
		MD	Non-MD	อาจารย์เกษียณ			
				จะเกษียณ	เกษียณแล้ว		
2)							
3)							
4)							
5)							
	รวม						

หมายเหตุ อาจารย์เกษียณใหม่นับแยกจากกลุ่ม MD และ Non-MD อาจารย์จะเกษียณ หมายถึง มีอายุงานปกติในปีสุดท้าย และ

อาจารย์เกษียณแล้ว หมายถึง กลุ่มต่ออายุการจ้างหลังเกษียณ

3.2 โรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่นๆ ซึ่งมีใช้หน่วยงานการศึกษาและหมายรวมถึงโรงพยาบาล/หน่วยงานที่สนับสนุนการเรียนการสอน

1)	ชื่อหน่วยงานย่อยฝ่าย/ภาควิชา/แผนก/สาขา	จำนวนแพทย์ทั้งหมดของ รพ.	จำนวนเตียง	จำนวนผู้รับบริการในแต่ละปี	อัตราแพทย์ต่อผู้รับบริการ
2)					
3)					
4)					
5)					
	รวม				

3.3 หน่วยงานประเภทอื่นๆ (ซึ่งไม่ใช่หน่วยงานการศึกษา/หรือหน่วยงานให้บริการ)

หน่วยงานประเภทอื่นๆ	จำนวนแพทย์			อื่นๆ	หมายเหตุ
	แพทย์	แพทย์เกษียณแล้ว			
		Part-time	Full-time		
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
รวม					

หมายเหตุ วิธีนับจำนวนแพทย์ แพทย์เกษียณแล้ว อื่นๆ ว่านับแยกกลุ่มกัน

4. ส่วนราชการ/หน่วยงานนี้ให้ทุนการศึกษาหรือทุนอื่นๆ แก่นักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญา ระดับแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศ โดยมีข้อผูกพันว่าจะต้องกลับมารับราชการใน ส่วนราชการหรือหน่วยงานนี้หรือไม่
- ไม่มี
- มี (โปรดระบุชื่อผู้รับทุนในข้อ 5)

7. ชื่อผู้ประสานงาน/ผู้รับผิดชอบ/และ website กรณีนักศึกษา ประสงค์ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหน่วยงานการจัดสรร/คัดเลือกฯ

7.1 ชื่อ-นามสกุล.....
สถานที่ทำงาน (กรม/กอง/ฝ่าย/คณะ/ภาควิชา/สาขา).....
เบอร์มือถือ.....

7.2 โปรดระบุข้อมูลที่ประกาศบน Website ของหน่วยงาน (ถ้ามี)

.....
.....

แบบสอบถามความต้องการทัศนแพทย์ ปีงบประมาณ 2556

1. ชื่อส่วนราชการ/ (ระดับกรมหรือเทียบเท่า).....

2. ข้อมูลจำนวนตำแหน่งที่ต้องการในปีงบประมาณ 2556

2.1 หน่วยงานการศึกษา (คณะ/อื่นๆ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อ ตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก.	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

2.2 หน่วยงานการให้บริการ (โรงพยาบาล/อื่นๆ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อ ตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก.	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

2.3 หน่วยงานประเภทอื่น (ซึ่งมิใช่หน่วยงานทางการศึกษาให้บริการ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อ ตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

3. ส่วนราชการ/หน่วยงานแห่งนี้มีผู้ดำรงตำแหน่งทันตแพทยศาสตรบัณฑิตในขณะนี้ จำนวน.....ตำแหน่ง
4. ส่วนราชการ/หน่วยงานนี้ให้ทุนการศึกษาหรือทุนอื่นๆ แก่นักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ ระดับ
ทันตแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศ โดยมีข้อผูกพันว่าจะต้องกลับมารับราชการในส่วนราชการหรือหน่วยงาน
นี้หรือไม่
- ไม่มี
- มี (โปรดระบุชื่อผู้รับทุนในข้อ 5)
5. รายชื่อผู้รับทุนที่จะได้รับปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา.....(ถ้ามี)

ชื่อผู้รับทุน	สถานศึกษา	หน่วยงานและระยะเวลาที่ ต้องปฏิบัติงานตามสัญญา

6. โปรดระบุลักษณะงานทางการันตกรรมของส่วนราชการ / หน่วยงานนี้โดยย่อตามลำดับความสำคัญ

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....

7. ข้อมูลลักษณะงานและหลักเกณฑ์การคัดเลือกนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ เข้าปฏิบัติงาน
(โปรดระบุรายละเอียด) (ใช้ตัวพิมพ์)

ชื่อตำแหน่ง	ลักษณะงาน	คุณสมบัติของผู้สมัคร / หลักฐานประกอบการสมัคร	หลักเกณฑ์และ วิธีการคัดเลือก

8. ชื่อผู้ประสานงาน/ผู้รับผิดชอบ/และ website กรณีนักศึกษา ประสงค์ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหน่วยงาน
การจัดสรร/คัดเลือกฯ

8.1 ชื่อ-นามสกุล.....
สถานที่ทำงาน (กรม/กอง/ฝ่าย).....
เบอร์มือถือ.....

8.2 ชื่อ Website ของแผนก/หน่วยงาน/ส่วนราชการ

.....
.....

แบบสอบถามความต้องการเภสัชศาสตร์ ปีงบประมาณ 2556

1. ชื่อส่วนราชการ/ (ระดับกรมหรือเทียบเท่า).....
2. ข้อมูลจำนวนตำแหน่งที่ต้องการในปีงบประมาณ 2556

2.1 หน่วยงานการศึกษา (คณะ/อื่นๆ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อ ตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ชรก.	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

2.2 หน่วยงานการให้บริการ (โรงพยาบาล/อื่นๆ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อ ตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ชรก.	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

2.3 หน่วยงานประเภทอื่น (ซึ่งมีใช้หน่วยงานทางการศึกษาให้บริการ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อ ตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ชรก	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

3. ส่วนราชการ/หน่วยงานแห่งนี้มีผู้ดำรงตำแหน่งเภสัชศาสตร์บัณฑิตในขณะนี้ จำนวน.....ตำแหน่ง
4. ส่วนราชการ/หน่วยงานนี้ให้ทุนการศึกษาหรือทุนอื่นๆ แก่นักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาฯ ระดับเภสัชศาสตร์บัณฑิตในประเทศ โดยมีข้อมูลพื้นฐานว่าจะต้องกลับมารับราชการในส่วนราชการหรือหน่วยงานนี้หรือไม่
- ไม่มี
- มี (โปรดระบุชื่อผู้รับทุนในข้อ 5)
5. รายชื่อผู้รับทุนที่จะได้รับปริญญาเภสัชศาสตร์บัณฑิต ในปีการศึกษา.....(ถ้ามี)

ชื่อผู้รับทุน	สถานศึกษา	หน่วยงานและระยะเวลาที่ต้องปฏิบัติงานตามสัญญา

6. โปรดระบุลักษณะงานทางการเกษตรของส่วนราชการ/หน่วยงานนี้โดยย่อตามลำดับความสำคัญ

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....

7. ข้อมูลลักษณะงานและหลักเกณฑ์การคัดเลือกนักศึกษาเกษตรศาสตร์ผู้ทำสัญญาฯ เข้าปฏิบัติงาน (โปรดระบุรายละเอียด) (ใช้ตัวพิมพ์)

ชื่อตำแหน่ง	ลักษณะงาน	คุณสมบัติของผู้สมัคร / หลักฐานประกอบการสมัคร	หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

8. ชื่อผู้ประสานงาน/ผู้รับผิดชอบ/และ website กรณีนักศึกษาฯ ประสงค์ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหน่วยงานการจัดสรร/คัดเลือกฯ

8.1 ชื่อ-นามสกุล.....
 สถานที่ทำงาน (กรม/กอง/ฝ่าย).....
 เบอร์มือถือ.....

8.2 ชื่อ Website ของแผนก/หน่วยงาน/ส่วนราชการ

.....
