



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ  
PHARMCAMP UBU 2014 เส้นทางสู่ฝัน ให้ฉันทันเป็นเภสัชกร  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
วันที่ 30 มกราคม 2558 – 1 กุมภาพันธ์ 2558

รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว  
(เครื่องแบบนักเรียน)

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....อายุ.....ปี  
วัน/เดือน/ปีที่เกิด.....สัญชาติ.....ศาสนา.....หมู่โลหิต.....  
กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่.....โรงเรียน.....  
จังหวัด.....เกรดเฉลี่ยสะสม (**ไม่มี**ผลต่อการคัดเลือก).....  
ที่อยู่(สามารถติดต่อได้) บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ (แจ้งยืนยันสิทธิ์การเข้าค่าย).....  
E-mail..... Facebook (ถ้ามี).....

ประเภทของอาหาร  ปกติ  อาหารเจ  มังสวิรัติ  อิสลาม  อื่นๆ ระบุ.....  
โรคประจำตัว  ไม่มี  มี ระบุโดยละเอียด.....  
ประวัติการแพ้ยา  ไม่มี  มี ระบุโดยละเอียด.....  
ทราบข้อมูลการจัดกิจกรรมจาก  ฝ่ายแนะแนวของโรงเรียน  โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์  เว็บไซต์  
 Facebook  อื่นๆระบุ .....

วิชาที่ชอบเรียน 3 ลำดับ

1..... 2..... 3.....

ขนาดเสื้อยืด  S  M  L  XL  อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลผู้ปกครอง (เพื่อติดต่อในกรณีฉุกเฉิน)

ชื่อ.....นามสกุล.....ความสัมพันธ์.....  
เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ ...../...../.....

หนังสือขออนุญาตผู้ปกครอง

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.2557

เรื่อง การขออนุญาตเข้าร่วมกิจกรรม “PHARMCAMP UBU 2014 เส้นทางสู่ฝัน ให้อันเป็นเภสัชกร”

เรียน ผู้ปกครอง (นาย/นาง/นางสาว).....

เนื่องด้วยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีได้จัดโครงการ “PHARMCAMP UBU 2014 เส้นทางสู่ฝัน ให้อันเป็นเภสัชกร” ในวันที่ 30 มกราคม 2558 – 1 กุมภาพันธ์ 2558 ซึ่งเป็นค่ายสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่สนใจศึกษาต่อในสาขาวิชาเภสัชศาสตร์ทราบข้อมูลและรายละเอียดหลักสูตรการศึกษาของคณะเภสัชศาสตร์รวมถึงทักษะที่มีความสำคัญต่อการศึกษาในสาขาวิชาเภสัชศาสตร์และแนวทางในการศึกษาต่อในคณะเภสัชศาสตร์ อีกทั้งเพื่อให้นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการได้รับความรู้ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนสู่สุขภาพที่ดีได้ ณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาต (นาย/นาง/นางสาว).....เข้าร่วมกิจกรรมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

ดาราภรณ์ ไ้สมบุญ

(นางสาวดารารัตน์ ไ้สมบุญ)

นายกสโมสรนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



(ดร.สมหวัง จรรยาขันติกุล)

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ของ(นาย/นาง/นางสาว).....

อนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรม

ไม่อนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว

ลงชื่อ

( )

ผู้ปกครอง

หมายเหตุ : โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  ที่ต้องการ

เบอร์โทรศัพท์ของผู้ปกครองที่สามารถติดต่อได้.....

คำถาม

1. ถ้าพูดถึง “นักศึกษาเภสัชศาสตร์” และ “เภสัชกร” น้องนึกถึงอะไรบ้าง เขียนมาให้ได้มากที่สุด

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. หากเปรียบเทียบเป็นตั้เรือจ้าง แล้วน้องคิดว่าเภสัชเปรียบตั้จะอะไร และเพราะอะไร

.....

.....

.....

.....

3. เล่าเรื่องประทับใจของน้องมา 1 เรื่อง

.....

.....

.....

.....

.....

4. ในปัจจุบันมียาหลากหลายรูปแบบ เช่น ยาเม็ด, ยาน้ำ, ครีมและยาสวนทวาร ฯลฯ ในอนาคตหากน้องเป็นเภสัชกรจะผลิตยาในรูปแบบใหม่ อยากทราบว่าน้องจะผลิตยาในรูปแบบใด (วาดรูปพร้อมบรรยายรายละเอียดรูปแบบ วิธีการใช้ และประโยชน์มา 1 รูปแบบ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. ในอนาคตอันใกล้ น้องๆวางแผนการเตรียมตัวเข้าสู่คณะในฝันอย่างไรบ้าง และน้องๆมีแรงบันดาลใจในความมุ่งมั่นอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# รายละเอียดการเข้าค่าย

- เอกสารมีทั้งหมด 4 หน้า ไม่รวมใบปะหลัง
- ตีรูปถ่ายที่เป็นรูปนักเรียน(ขาวดำหรือสี) ที่ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน ขนาด 1-1.5 นิ้ว
- กรอกข้อมูลลงในใบสมัครด้วยลายมือที่อ่านง่าย และแสดงความคิดเห็นให้ได้มากที่สุด
- คุณสมบัติผู้สมัครต้องเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเท่านั้น  
(มีสำเนาบัตรนักเรียนหรือหลักฐานที่แสดงว่าเป็นนักเรียน)
- เอกสารที่ต้องส่งมีดังนี้
  1. ใบสมัคร (ตีรูปถ่ายให้เรียบร้อย)
  2. หนังสือขออนุญาตผู้ปกครอง
  3. ใบตอบคำถาม
  4. ใบสำเนาบัตรนักเรียนหรือหลักฐานที่แสดงว่าเป็นนักเรียน

*\*ถ้าเอกสารไม่ครบถ้วนทางคณะกรรมการขออนุญาตสงวนสิทธิ์ไม่รับพิจารณา*

- ส่งใบสมัครมาที่

โครงการค่าย PHARMCAMP UBU 2014  
สโมสรนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
เลขที่ 85 ถ.สถลมารค์ ต.เมืองศรีไค  
อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190

- หมดเขตการส่งใบสมัครภายในวันที่ **10 มกราคม 2558** (นับจากวันที่ประทับตราไปรษณีย์)
- ประกาศผลการคัดเลือกในวันที่ **15 มกราคม 2558** ผ่านทาง  
<https://www.facebook.com/PHARMCAMPUBU2014>
- หลังจากวันประกาศผลการคัดเลือกทางค่ายจะโทรศัพท์ไปตามเบอร์ที่น้องๆ ให้อีเมลไว้เพื่อยืนยันสิทธิ์การเข้าร่วมกิจกรรม หากติดต่อไม่ได้ทางค่ายจะทำการตัดสิทธิ์ให้คนอื่นต่อไป
- ผู้ที่ได้รับคัดเลือกจะต้องนำเงินมาจ่ายเป็นค่าสมัครในวันที่ **30 มกราคม 2558 (ที่กองทะเบียน)**  
**จำนวน 500 บาท** ตลอดทั้งโครงการ
- **ติดตามรายละเอียดเพิ่มเติม** ได้ที่ <https://www.facebook.com/PHARMCAMPUBU2014>

ติดต่อรายละเอียดเกี่ยวกับการรับสมัคร โทร : พี่ออย 08-2780-8873 และพี่ก๊ีบ 09-0284-2323

ติดต่อได้ จันทร์-ศุกร์ เวลา 16.00-21.00 น. เสาร์-อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ติดต่อได้เวลา 09.00-21.00 น.