



แบบคำขอรับรองหน่วยคะแนนกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องรายบุคคล

ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ นาย/นาง/นางสาว นามสกุล

เลขที่ใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพ.....ใบอนุญาตหมดอายุวันที่.....

เลขที่บัตรประชาชน.....โทรศัพท์โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร E-mail : website

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องหน้ากิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องรายบุคคล ที่ยื่นขอรับรองหน่วยคะแนน

กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง	
<input type="checkbox"/>	๑. การตีพิมพ์บทความวิจัยทางการสาธารณสุข <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> วารสารนานาชาติ<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ชื่อแรก<input type="checkbox"/> ชื่อลำดับอื่น ๆ<input type="checkbox"/> วารสารภาษาไทย TCI ฐาน ๑<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ชื่อแรก<input type="checkbox"/> ชื่อลำดับอื่น ๆ<input type="checkbox"/> วารสารภาษาไทย TCI ฐาน ๒<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ชื่อแรก<input type="checkbox"/> ชื่อลำดับอื่น ๆ<input type="checkbox"/> วารสารภาษาไทยที่สภาการสาธารณสุขชุมชนรับรอง<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ชื่อแรก<input type="checkbox"/> ชื่อลำดับอื่น ๆ
<input type="checkbox"/>	๒. การแต่งตำราหรือหนังสือทางการสาธารณสุข <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ผู้แต่งตำราหรือหนังสือ ทั้งหมด<input type="checkbox"/> ผู้แต่งตำราหรือหนังสือ บางบท<input type="checkbox"/> บรรณาธิการกลั่นกรองตำราหรือหนังสือ
<input type="checkbox"/>	๓. การเสนอผลงานทางวิชาการ (Scientific presentation) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> การประชุมระดับนานาชาติ<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ชื่อแรก<input type="checkbox"/> ชื่อลำดับอื่น ๆ<input type="checkbox"/> การประชุมระดับชาติ<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ชื่อแรก<input type="checkbox"/> ชื่อลำดับอื่น ๆ
<input type="checkbox"/>	๔. เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
<input type="checkbox"/>	๕. การกลั่นกรองโครงงานวิจัย หรือตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย หรือกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย
<input type="checkbox"/>	๖. อ่านผลงานเพื่อประเมินตำแหน่งทางวิชาการหรือเลื่อนระดับความก้าวหน้าของตำแหน่ง
<input type="checkbox"/>	๗. เป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกสถาบันในการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

<input type="checkbox"/>	๘. เป็นวิทยากรหรือผู้อภิปรายร่วมในโครงการอบรม สัมมนาหรือกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง
<input type="checkbox"/>	๙. โครงการที่มีกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ด้านการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน ที่ไม่ใช่งานประจำ
<input type="checkbox"/>	๑๐. ผู้เข้าศึกษาในหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ระดับบัณฑิตศึกษา
<input type="checkbox"/>	๑๑. เป็นอาจารย์สอนในหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ระดับบัณฑิตศึกษา <input type="checkbox"/> อาจารย์สอนภาคทฤษฎี <input type="checkbox"/> อาจารย์สอนภาคปฏิบัติ
<input type="checkbox"/>	๑๒. ผู้เข้าอบรมหลักสูตรการสาธารณสุขเฉพาะทางสาขาต่าง ๆ
<input type="checkbox"/>	๑๓. เป็นอาจารย์สอนในหลักสูตรการสาธารณสุขเฉพาะทาง <input type="checkbox"/> อาจารย์สอนภาคทฤษฎี <input type="checkbox"/> อาจารย์สอนภาคปฏิบัติ
<input type="checkbox"/>	๑๔. เป็นพี่เลี้ยงสำหรับนักศึกษาในหลักสูตรต่าง ๆ
<input type="checkbox"/>	๑๕. กิจกรรมอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ากิจกรรมการศึกษาดังกล่าวข้างต้นเป็นจริง

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

...../...../.....