สภ.80

**แบบการแจ้งความประสงค์ติดต่อศูนย์การให้คำปรึกษาช่วยเหลือคุ้มครองสิทธิ์**

**ของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม**

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิ์

 ข้าพเจ้า **เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม**

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เลขที่ ภ.

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี

อยู่บ้านเลขที่ อาคาร ถนน ตรอก/ซอย

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ E-mail

 มีความประสงค์ติดต่อศูนย์การให้คำปรึกษาช่วยเหลือคุ้มครองสิทธิ์ในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

 รายละเอียดของการกระทำ ข้อเท็จจริง หรือพฤติการณ์ ดังที่จะกล่าวต่อไปนี้

 (ระบุรายละเอียดที่ต้องการได้รับความคำปรึกษาช่วยเหลือให้ชัดเจน)

 ด้วยเหตุผลดังที่ข้าพเจ้าได้กล่าวมาข้างต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอให้สภาเภสัชกรรมพิจารณาให้คำปรึกษาและช่วยเหลือตามกระบวนการและขั้นตอนต่อไป

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อมูลที่ข้าพเจ้ากล่าวมาข้างต้นเป็นการให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ หรือเป็นการกลั่นแกล้งบุคคลใดบุคคลหนึ่งก็ตาม ข้าพเจ้าขอยินยอมที่จะรับผิดตามกฎหมายทุกประการ

 ข้าพเจ้าจึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

 **(ลงชื่อ)** **ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม**

 **( )**

**หมายเหตุ :** เป็นการแจ้งความประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมเท่านั้น