

แบบสอบถามการปฏิบัติงานของเภสัชกรในหน่วยบริการคลินิกชุมชนอบอุ่น

ชื่อหน่วยบริการ.....

รหัสหน่วยบริการ .....

1. เวลาปฏิบัติงานของเภสัชกร

- ระบุจำนวนชั่วโมง/สัปดาห์ .....

- ระบุวันและเวลาที่ปฏิบัติการ .....

.....

2. รายชื่อเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ .....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ .....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ .....

3. ในช่วงที่ผ่านมาเภสัชกรประจำหน่วยบริการเคยรับการอบรม ประชุม ที่จัดโดย  
หน่วยงานของสปสช. (ระบุชื่อการประชุม อบรม) .....

.....

.....

.....

หน่วยงานอื่น (ระบุชื่อหน่วยงานและการประชุม อบรม) .....

.....

.....

.....

4. ข้อเสนอแนะ .....

.....

.....

.....

หมายเหตุ แบบสอบถามจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางพัฒนาบุคลากร  
ในหน่วยบริการ

กรุณาส่งแบบสอบถามภายในวันที่ 17 กันยายน 2553

email address : t-jirathip@live.com

