



## คำขอรับรองกิจกรรมการเป็นอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิก (กิจกรรมประเภทที่ ๔)

ส่วนราชการ/หน่วยงาน..... โทรศัพท์.....  
ที่..... วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง สภากายภาพบำบัด

ข้าพเจ้า..... ในนาม.....

ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาที่สภากายภาพบำบัดรับรอง มีความประสงค์ขอให้ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสภากายภาพบำบัด พิจารณารับรองคะแนนการศึกษาต่อเนื่องกิจกรรมประเภทที่ ๔ การเป็นอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิก กิจกรรมดังกล่าวจัดขึ้นโดย

สถาบันหลัก.....รหัสสถาบันหลัก.....

สถาบันสมทบ.....รหัสสถาบันสมทบ.....

การควบคุมการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกของรายวิชา ..... สำหรับชั้นปีที่ ..... ปีการศึกษา .....

ช่วงเวลาที่ใช้ปฏิบัติงาน .....

ผู้รับผิดชอบรายวิชา ..... โทรศัพท์.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบ

- เอกสารหลักฐานการแต่งตั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติหน้าที่เป็นอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกของนักศึกษากายภาพบำบัดของสถาบันการศึกษาแห่งนั้น
- หลักฐานการปฏิบัติหน้าที่ของอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิก
- ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์การปฏิบัติหน้าที่ของอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิก

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### หมายเหตุ

๑. ค่าธรรมเนียมได้รับการยกเว้นจากสภากายภาพบำบัด
๒. การขึ้นทะเบียนหน่วยคะแนนแทนผู้ทำกิจกรรมภายในสามสิบวันนับแต่การฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกของนักศึกษากายภาพบำบัดของสถาบันการศึกษาแห่งนั้นสิ้นสุดลง
๓. อาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิก หนึ่งคนสามารถควบคุมการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกของนักศึกษากายภาพบำบัดในช่วงเวลาเดียวกันได้ไม่เกินสองคน หากเกินอัตราส่วนดังกล่าวข้างต้น ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องงดเว้นการกำหนดหน่วยคะแนน และในกรณีจำนวนอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิก มากกว่าจำนวนนักศึกษากายภาพบำบัด ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องคิหน้าหน่วยคะแนนเฉลี่ยตามสัดส่วน