



แบบฟอร์มสมัครสอบ

หลักสูตรร่วมเภสัชศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางเภสัชกรรม และบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสยาม ปีการศึกษา 2569

ทายาทผู้ประกอบการร้านยา (ผู้รับอนุญาตหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

1. ข้อมูลผู้ประกอบการร้านยา (ผู้รับอนุญาตหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

ชื่อร้านยา: _____

สถานที่ตั้งร้านยา: _____

ชื่อผู้ประกอบการร้านยา (ผู้รับอนุญาตหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ): _____

2. ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อผู้สมัคร: _____

ความสัมพันธ์กับผู้ประกอบการร้านยา: _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ปรากฏในเอกสารฉบับนี้เป็นความจริงทุกประการ หากภายหลังตรวจพบว่าข้อมูลใดเป็นเท็จหรือบิดเบือนจากข้อเท็จจริง ผู้สมัครยินยอมให้มหาวิทยาลัยยกเลิกการรับสมัครหรือการเข้าศึกษา และดำเนินการตามระเบียบของมหาวิทยาลัยโดยไม่มีข้อโต้แย้งใด ๆ

ลงนามผู้สมัคร _____ วันที่ _____
(.....)ลงนามผู้ประกอบการ _____ วันที่ _____
(.....)