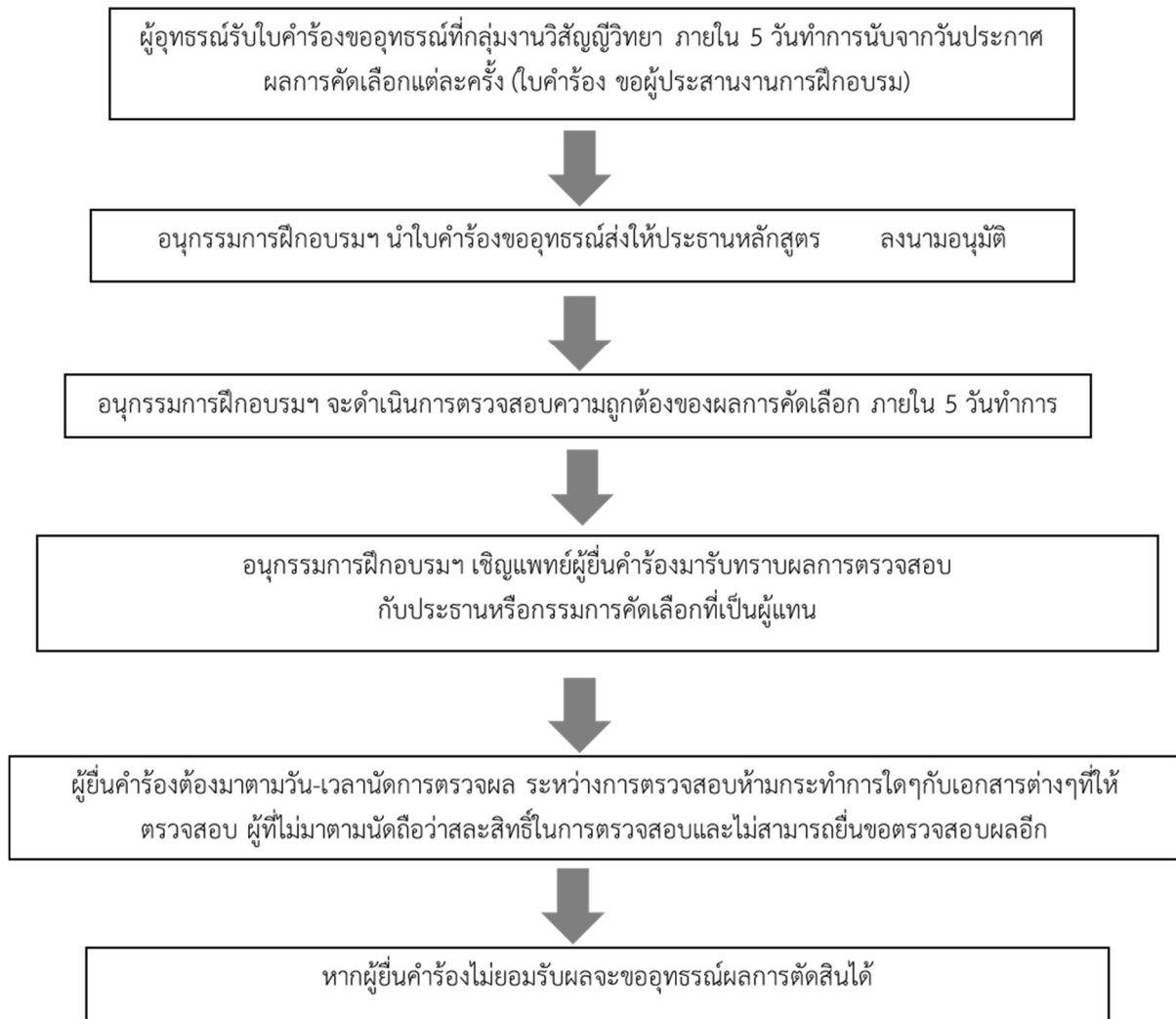


ขั้นตอนการอุทธรณ์ผลการคัดเลือก แพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับเด็ก
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี





แบบฟอร์มอุทธรณ์การคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเข้าฝึกอบรม
กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับเด็ก

ชื่อ-นามสกุล ผู้สมัครที่ต้องการอุทธรณ์.....

ที่อยู่เลขที่ชั้นหมู่บ้าน.....หมู่ที่ตรอก/ซอย

ถนน.....ตำบล/แขวงอำเภอ/เขต.....

จังหวัดรหัสไปรษณีย์.....เลข ว.....เบอร์โทรศัพท์.....

เรื่องที่ต้องการอุทธรณ์หรือสอบถาม.....

.....

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....) ผู้ยื่นคำร้อง

เรียน

อนุมัติ แจ้งผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการ

ไม่อนุมัติ

.....

(พญ.เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง)

ประธานหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับเด็ก