



แบบฟอร์มอุทธรณ์การคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาฯ

ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาฯ

ชื่อ-นามสกุล ผู้สมัครที่ต้องการอุทธรณ์.....

ที่อยู่เลขที่ชั้นหมู่บ้าน.....หมู่ที่ตรอก/ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....

จังหวัดรหัสไปรษณีย์.....เลขว. โทรศัพท์.....

E:mail.....

เรื่องที่ต้องการอุทธรณ์หรือสอบถาม.....

.....

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....) ผู้ยื่นคำร้อง

โดยรับทราบและยินยอมให้ภาควิชารังสีวิทยา แจ้งผลการตรวจสอบผ่านทาง E-mail

ที่ข้าพเจ้าได้กรอกไว้ในใบสมัคร

เรียน

อนุมัติ แจ้งผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการ

ไม่อนุมัติ

(.....)

ประธานหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน