

แบบฟอร์มคำร้องขอทราบผลการประเมินหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์
ประจำบ้าน
เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ส่วนราชการ สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอทราบผลการประเมินหลักสูตรฯ

เรียน ประธานหลักสูตรฝ่ายหลังปริญญา

ชื่อ-สกุล ผู้ร้องเรียน นพ./พญ.

อายุ..... ปี ตำแหน่ง

โทรศัพท์.....

E-mail.....

.....

ขอแจ้งความประสงค์ในการทราบผลการประเมินหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์
ประจำบ้าน เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ
เวชกรรม สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รายละเอียด (พร้อมเหตุผล
ประกอบ).....

.....

.....

.....

.....

.....

สถานที่ติดต่อ

กลับ.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ..... ผู้ร้องเรียน

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้รับร้องเรียน

(.....)

ประธานหลักสูตรฝ่ายหลังปริญญา

วันที่.....

.....

- *** 1. ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อ สกุล หมายเลขโทรศัพท์ E-Mail สถานที่ติดต่อกลับจะถูกจัดเก็บเป็นความลับ
เว้นแต่ที่จำเป็นต้องเปิดเผยตามข้อกำหนดของกฎหมาย
2. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบันทึกคำร้องต่อสาขาวิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่นนี้เป็นการดำเนินการไปด้วยความสุจริตโปร่งใส

