

แบบฟอร์มขออุทธรณ์ผลการคัดเลือก

เขียนที่ _____

_____.

วันที่ _____ เดือน _____ พ.

ศ. _____.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) _____

อีเมล _____ โทรศัพท์ _____

ต้นสังกัด _____ สถานที่ทำงานปัจจุบัน _____

ลำดับสถาบันที่สมัคร อันดับที่ 1 _____

อันดับที่ 2 _____

อันดับที่ 3 _____

ขออุทธรณ์ผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการฝึก
อบรม _____

เนื่องจาก (ระบุเหตุผล) _____

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ

(_____)

กรณาระบุนที่อยู่สำหรับจัดส่งผลการอุทธรณ์

ชื่อ – นามสกุล _____

ที่อยู่ _____
