

แบบฟอร์มการอุทธรณ์ผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ที่อยู่.....

.....

วัน เดือน ปี ที่อุทธรณ์.....

เรื่องที่ขออุทธรณ์.....

1. ชื่อผู้อุทธรณ์.....

2. สถาบันที่จบการศึกษา.....

3. วันที่เข้าสอบสัมภาษณ์.....

3. เหตุผลที่ขออุทธรณ์.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. เบอร์ติดต่อ หรือ email ที่ต้องการให้ติดต่อ.....

.....

ลายมือชื่อ..... ผู้อุทธรณ์

()