

แบบฟอร์มการอุทธรณ์ผลการสอบแพทย์ประจำบ้าน กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

เขียนที่.....

วัน เดือน ปี ที่อุทธรณ์.....

เรื่องที่ขออุทธรณ์.....

1. ชื่อผู้อุทธรณ์.....

2. สถาบันที่จบการศึกษา.....

3. วันที่เข้าสอบสัมภาษณ์.....

3. เหตุผลที่ขออุทธรณ์.....

.....
.....
.....
.....
.....

4. เบอร์ติดต่อ หรือ **email** ที่ต้องการให้ติดต่อ.....

.....

ลายมือชื่อ..... ผู้อุทธรณ์

()