**แบบฟอร์มขออุทธรณ์ผลการคัดเลือก**

เขียนที่ .

วันที่ เดือน พ.ศ. .

 ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

อีเมล โทรศัพท์

ต้นสังกัด สถานที่ทำงานปัจจุบัน

ลำดับสถาบันที่สมัคร อันดับที่ 1

 อันดับที่ 2

 อันดับที่ 3

ขออุทธรณ์ผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการฝึกอบรม

เนื่องจาก (ระบุเหตุผล)

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

 ลงชื่อ .

 ( )

**กรุณาระบุที่อยู่สำหรับจัดส่งผลการอุทธรณ์**

ชื่อ – นามสกุล

ที่อยู่