



แบบฟอร์มขออุทธรณ์ผลการคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรม
สาขาวิชาโรคระบบการหายใจและเวชบำบัดวิกฤตระบบหายใจ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขที่บัตรประชาชน ที่อยู่ตามบัตรประชาชน

อีเมล.....โทรศัพท์

ต้นสังกัด.....สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

เป็นผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกฝึกอบรมในสาขาวิชาโรคระบบการหายใจและเวชบำบัดวิกฤตระบบหายใจ
ประจำปีการศึกษา โดยมีลำดับการเลือกของสถาบันที่ต้องการเข้ารับการฝึกอบรม ดังนี้

ลำดับสถาบันที่สมัคร อันดับที่ 1

อันดับที่ 2

อันดับที่ 3

ข้าพเจ้าได้รับทราบผลการคัดเลือกว่า “ไม่ผ่านเกณฑ์ตามคุณสมบัติ” แต่เนื่องจากข้าพเจ้า
เห็นว่า (เรื่องที่อุทธรณ์)

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

จึงขอเรียนชี้แจงเพื่อโปรดพิจารณาในเรื่องดังกล่าวด้วย

ลงชื่อ.....

(.....)

กรณารับที่อยู่สำหรับจัดส่งผลการอุทธรณ์

ชื่อ - นามสกุล.....

ที่อยู่.....

.....

.....