

แบบฟอร์มรายละเอียดในการส่งโทรสาร

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี (NS-) คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วัน เดือน ปี .....

ส่งถึง (ระบุ).....

หน่วยงาน..... หมายเลขโทรสาร.....

เรื่อง..... จำนวน.....หน้า

จาก.....หมายเลขโทรศัพท์.....

---

หากได้รับเอกสารไม่ครบถ้วน โปรดติดต่อ โทรศัพท์หมายเลข 02-2011698