



แบบคำร้องขออุทธรณ์ สำหรับแพทย์ประจำบ้าน / แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

เขียนที่ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน .....

ข้าพเจ้า..... รหัสประจำตัว .....

สถานะ  แพทย์ประจำบ้าน  แพทย์ประจำบ้านต่อยอด ชั้นปีที่..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง .....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้สะดวก).....

รายละเอียด.....

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

..... แพทย์ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)