



รับวันที่ เดือน พ.ศ.

เวลา

ชื่อผู้รับเรื่อง

(.....)

แบบคำร้องขออุทธรณ์ผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์

ด้วยข้าพเจ้า นพ./พญ.....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....โทรศัพท์..... e-mail

มีความประสงค์ขออุทธรณ์ผลการสอบคัดเลือกเข้าฝึกอบรม

☐ หลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน

☐ หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขา

ซึ่งประกาศเมื่อวันที่ เนื่องจาก (ระบุเหตุผล)

.....

.....

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....) ผู้ยื่นคำร้อง