



แบบฟอร์มขออนุมัติวิชาเลือก (Elective)

ภายใน ภาควิชารังสีวิทยา

1. ข้าพเจ้า นพ./พญ.
แพทย์ประจำบ้าน สาขา/อนุสาขา ชั้นปีที่.....
ปีการศึกษา เบอร์ติดต่อ Email.....
มีความประสงค์ขออนุมัติไปฝึกอบรม / ทำงาน วิชาเลือกที่
1..... วันที่.....
2..... วันที่.....

2. วัตถุประสงค์เพื่อ

.....
.....

3. กิจกรรมที่คาดว่าจะทำขณะไปปฏิบัติงาน

.....
.....

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

.....
.....

(ลงชื่อ)

แพทย์ประจำบ้าน สาขา/อนุสาขา.....

ความเห็นของประธานหลักสูตร

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ โปรดระบุเหตุผล.....

.....

(ลงชื่อ)

ประธานหลักสูตรประจำบ้าน สาขา/อนุสาขา.....

ลงวันที่.....

ความเห็นของหัวหน้าหน่วยในการรับ Elective

☐ อนุมัติ สามารถรับ Elective ได้ ☐ ไม่สามารถรับได้ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ)

หัวหน้าหน่วย /อาจารย์ผู้รับผิดชอบ