

แบบฟอร์มขออุทธรณ์ผลการคัดเลือก

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) _____

อีเมล _____ เบอร์ติดต่อ _____

สถานที่ทำงานปัจจุบัน _____

ขออุทธรณ์ต่อผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหารและตับ รพ.

รามธิบดี ประจำปีการศึกษา _____ เนื่องจาก (ระบุเหตุผล) _____

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(_____)

กรณาระบุที่อยู่สำหรับการแจ้งผลอุทธรณ์
