



ราชวิทยาลัย
จุฬารกรณ์

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

แบบคำร้องขออุทธรณ์ผลการคัดเลือกผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรม
สำหรับแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด
สำนักวิชาการศึกษาศึกษาคลินิกชั้นสูง วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานคณะกรรมการฝึกอบรมฯ

สาขา/อนุสาขา.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....

เป็นแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาล.....

เนื่องจาก วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ได้ประกาศผลการคัดเลือก

แพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ประจำปี.....แล้ว

แพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขา.....ประจำปี.....แล้ว

ข้าพเจ้าขออุทธรณ์ผลการคัดเลือก เนื่องจาก (ระบุเหตุผล).....

สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ตามที่อยู่ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....E-mail.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....ผู้อุทธรณ์

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ

(.....)

ประธานคณะกรรมการฝึกอบรมฯ