

แบบขออุทธรณ์ผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....

เลขที่บัตรประชาชน.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่

.....
.....

ขออุทธรณ์เรื่อง

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

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากมีการตรวจสอบแล้วปรากฏว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการขอเข้ารับการอุทธรณ์ครั้งนี้ และข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อกรุณาพิจารณา

(ลงชื่อ) ผู้อุทธรณ์

(.....)