

แบบแสดงข้อมูลผู้ให้ recommendation letter สำหรับการสมัครแพทย์ประจำบ้าน ปีการฝึกอบรม 2563 สถาบัน  
พยาธิวิทยา กรมการแพทย์

คำชี้แจง ผู้สมัครโปรดกรอกข้อมูลของผู้ให้ recommendation letter

| ที่ | ชื่อ - สกุล | ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน | หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ) |
|-----|-------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1   |             |                             |                          |
| 2   |             |                             |                          |
| 3   |             |                             |                          |

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

(.....) ตัวบรรจง

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....