**เอกสารแสดงความจำนงในการอุทธรณ์ผลการตัดสินการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน**

**ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**

**ส่วนที่ 1 แสดงความจำนงในการอุทธรณ์**

เรียน ประธานอนุกรรมการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน สาขา/อนุสาขา

หัวหน้าภาควิชารังสีวิทยา

ข้าพเจ้า นพ./พญ.

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ: E-mail:

มีความประสงค์ในการดำเนินการขออุทธรณ์ผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน สาขา/อนุสาขา

จึงเรียนมาเพื่อทราบและเพื่อขอดำเนินการอุทธรณ์

( )

แพทย์ผู้ขออุทธรณ์

วันที่

**ส่วนที่ 2 การรับทราบผลการอุทธรณ์**

ข้าพเจ้า นพ./พญ.

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ: E-mail:

ได้รับทราบถึงรายละเอียด ผลการตรวจสอบและทบทวนผลการผลการคัดเลือกของข้าพเจ้าเรียบร้อยแล้ว

และข้าพเจ้า พอใจ ไม่พอใจ ต่อผลดังกล่าว

( )

แพทย์ผู้ขออุทธรณ์

วันที่

( )

ผู้แจ้งผลการอุทธรณ์

วันที่