ใบคำร้องทั่วไป

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน หัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการฝึกทักษะระบบจำลอง

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

เลขใบประกอบวิชาชีพ/เลข ว. .....หอผู้ป่วย/หน่วยงาน.....สังกัด .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หลักสูตรที่ลงทะเบียนอบรม .....วันที่อบรม .....

มีความประสงค์ ☐ ยกเลิกอบรม ☐ เปลี่ยนวันอบรม เป็นวันที่ .....

เหตุผล.....

.....

.....

.....

ขอได้โปรดอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

อนุมัติ

.....

(นายธนวิน ชวฤาชัย)

หัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการฝึกทักษะระบบจำลอง

วันที่ .....