



ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย
แบบเลือกสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
ปีการศึกษา 2564 รอบที่ 1.5

วันที่เดือนพ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้สมัคร

เลขประจำตัวประชาชนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

สถาบันฝึกอบรมที่ต้องการสมัคร

ลำดับ	รหัสสถาบัน	ชื่อสถาบัน
1		
2		
3		

สถานที่ติดต่อได้อย่างรวดเร็ว

เลขที่หมู่.....หมู่บ้าน/อาคารซอย.....

ถนนแขวง/ตำบลเขต/อำเภอ

จังหวัดรหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์โทรมือถืออีเมล.....

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่เดือนพ.ศ.....

กรุณาส่งแบบเลือกสถาบัน มายัง e-mail : rcthaipathology@gmail.com

ภายในวันที่ 18 ธันวาคม 2563

สำหรับผู้ที่ส่งเอกสารมาเมื่อรอบที่1 แล้ว ไม่ต้องส่งเอกสารซ้ำ

หากมีข้อสงสัย ติดต่อ 086-9073996 (พิมพ์)