



แบบคำร้องขอเลื่อนสอบ/อุทธรณ์ผลสอบ/ขอคุณคะแนนสอบ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน เลขาธิการสภาการสาธารณสุขชุมชน
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล

เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□-□□-□

เลขที่สมาชิก.....

มีความประสงค์

- ขออุทธรณ์เลื่อนสอบ (แบบหลักฐานประกอบ)
 - ขออุทธรณ์ผลสอบ (แบบหลักฐานประกอบ)
- เนื่องจาก.....
-
-
-
-
- ขอคุณคะแนนสอบ (แบบสำเนาบัตรประชาชน)
- ครั้งที่.....

ลงชื่อ..... (.....) สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน	ลงชื่อ..... (.....) เจ้าหน้าที่สภาการสาธารณสุขชุมชน
ลงชื่อ..... (.....) เลขาธิการสภาการสาธารณสุขชุมชน	ลงชื่อ..... (.....) นายกสภาการสาธารณสุขชุมชน

หมายเหตุ ส่งแบบคำร้อง และเอกสารหลักฐานมาที่ สภาการสาธารณสุขชุมชน เลขที่ ๘๘/๒๐ อาคาร ๕ ชั้น ๕
ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทร ๐๒-๕๕๑-๕๑๘๖