

แบบฟอร์ม คำขออุทธรณ์
ของผู้สมัครสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ก)
แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.๒๕๕๖
ที่ได้สมัครสอบไว้ ตั้งแต่ วันที่ ๑ ถึง ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๘ (ภาคทฤษฎี)

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง)
เลขที่บัตรประชาชน.....โทรศัพท์
ที่อยู่

๑. ประเภทที่สมัครสอบ (ภาคทฤษฎี)

เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย การนวดไทย

๒. ขออุทธรณ์เรื่อง.....
.....
.....
.....

สามารถยื่นคำขออุทธรณ์ได้ด้วยตนเอง ณ สำนักงานคณะกรรมการการตรวจสอบความรู้การแพทย์แผนไทย
อาคาร ๒ ชั้น ๗ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี หรือ ทางโทรสารหมายเลข ๐๒ ๑๔๙ ๕๖๓๗ ได้ตั้งแต่วันที่ ๑๕ ถึง วันจันทร์ที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๘
ในวันและเวลาราชการเท่านั้น มิฉะนั้น คณะกรรมการการตรวจสอบความรู้การแพทย์แผนไทย จะถือว่าท่านสละสิทธิการสอบในครั้ง
นี้ สามารถโทรสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ ทางโทรศัพท์ หมายเลข ๐๒ ๑๔๙ ๕๖๓๖

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการหากมีการตรวจสอบแล้วปรากฏว่าข้อความ
ดังกล่าวเป็นเท็จให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้และข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ ผู้อุทธรณ์
(.....)
วันที่...../...../.....