

แบบฟอร์ม คำขออุทธรณ์
ของผู้สมัครสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา ๑๒ (๒)
แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง)

เลขที่บัตรประชาชน โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

๑. ประเภทที่สมัครสอบ ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ก) ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ข)
- ภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ ชั้นตอน ๑-๒ ชั้นตอน ๓
- วิชาเวชกรรมไทย วิชาเภสัชกรรมไทย วิชาการผดุงครรภ์ไทย วิชาการนวดไทย
- อื่น ๆ

๒. ขออุทธรณ์เรื่อง

สามารถยื่นคำขออุทธรณ์ได้ด้วยตนเอง ณ สำนักงานเลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย อาคาร ๑ ชั้น ๔ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี หรือ ทางโทรสารหมายเลข ๐๒ ๕๘๐ ๐๑๐๔ หรือ สามารถโทรสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ ๐๒ ๕๔๘ ๑๑๕๗ และ ๐๒ ๕๘๐ ๑๑๕๘ ในวันและเวลาราชการเท่านั้น

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการหากมีการตรวจสอบแล้วปรากฏว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้และข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ ผู้อุทธรณ์

(.....)

วันที่/...../.....