



เลขที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอให้รับรองหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของสถาบัน.....

เรียน เลขาธิการแพทยสภา

ข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

E-mail.....

สถานที่ติดต่อได้(ชื่อผู้ปกครอง).....โทรศัพท์.....

ผ่านเอเจนซี่(ชื่อบริษัท).....โทรศัพท์.....

[] จบมัธยมศึกษาปีที่ 6 สาย/แผนก.....โรงเรียน.....
พ.ศ.

[] จบปริญญาตรีสาขา.....คณะ.....
มหาวิทยาลัย..... พ.ศ.

[] เข้าศึกษา/กำลังศึกษาวิชาแพทยศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่.....เดือน..... พ.ศ.....

หรือ

[] ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก.....

ที่อยู่.....ประเทศ.....เมื่อปี พ.ศ.....

มีความประสงค์ขอให้แพทยสภารับรองสถาบันดังกล่าวเพื่อ

[] สมัครสอบเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

[] สมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ฝึกหัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ค่าคำขอ 100 บาท

ค่าธรรมเนียม 10,000 บาท

ชำระเงินตามใบเสร็จเล่มที่.....

เลขที่.....วันที่.....

ลงชื่อ.....