



แบบสอบถามสำหรับผู้บังคับบัญชาหรือต้นสังกัด เพื่อยืนยันการรับทราบหลักสูตรการฝึกอบรม

แพทย์ประจำบ้านสาขาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

(กรณีผู้สมัครแพทย์ประจำบ้านที่มีต้นสังกัด)

รายละเอียดหลักสูตรฯ ปีการศึกษา 2566 สามารถสแกนจาก QR code ด้านล่าง



ข้าพเจ้า เป็นผู้บังคับบัญชา ของผู้สมัครแพทย์ประจำบ้าน ชื่อ .....

ขอยืนยันว่าได้รับทราบหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ แล้ว และมีความเห็นต่อหลักสูตรดังนี้ .....

.....  
.....  
.....

.....  
( )

ผู้บังคับบัญชา

(...../...../.....)