**แบบเสนอชื่อเป็นผู้มีสิทธิ์สมัครสอบ**

**โครงการรับนักศึกษาสาขารังสีเทคนิค คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**

**เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนบุคลากรด้านรังสีเทคนิคในโรงพยาบาล**

**ปีการศึกษา 2562**

วันที่.............เดือน...........................พ.ศ.................

โรงพยาบาล.......................................................................................................................

และ/หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..............................................................................................

เลขที่..................หมู่.........ตำบล.................อำเภอ....................................จังหวัด..........................รหัสไปรษณีย์......................................................โทรศัพท์..................................................................

ขอส่งรายชื่อนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 กลุ่มการเรียนวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ ผู้มีสิทธิ์สมัครสอบเข้าศึกษา สาขาวิชารังสีเทคนิค คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ใน “โครงการรับนักศึกษาสาขาวิชารังสีเทคนิค เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนบุคลากรด้านรังสีเทคนิคในโรงพยาบาล” ประเภทวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการ 0431103203 ประจำปีการศึกษา 2562 จำนวน..............................ราย ดังนี้

1).....................................................................................................................................

2).....................................................................................................................................

3).....................................................................................................................................

4).....................................................................................................................................

5).....................................................................................................................................

\

ลงชื่อ.................................................................

(................................................................)

ตำแหน่ง.............................................................

โปรดประทับตราของโรงพยาบาล / หรือ สสจ.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |