



แบบฟอร์มที่ 1

แบบฟอร์มเสนอชื่อแพทย์ตัวอย่างภาคใต้ ประจำปี 2564
คณะกรรมการแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- ชื่อ - สกุล นพ./พญ.
สถานที่ปฏิบัติงาน..... โทรศัพท์.....
 - ความประทับใจ

ผู้ให้ข้อมูล.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
โทรศัพท์.....
E-mail.....