

**แบบตอบรับแพทย์/นักศึกษาแพทย์เข้าฝึก ELECTIVE**  
**ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (โทร.๕๑๒๗๗)**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ตอบรับนิสิตแพทย์/นักศึกษาแพทย์เข้าฝึก Elective

เรียน .....

ตามที่ นิสิตแพทย์/นักศึกษาแพทย์ ได้ติดต่อศูนย์แพทยศาสตรศึกษา รพ.๑ เพื่อขอความอนุเคราะห์ มาศึกษาและฝึกปฏิบัติงานรายวิชาเลือก ณ ภาควิชาของท่าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

**๑. ข้อมูลนิสิตแพทย์/นักศึกษาแพทย์**

**๑.๑ ชื่อ - สกุล**

(นาย/นางสาว).....

**๑.๒ มหาวิทยาลัย/ศูนย์แพทย์ฯ.....**

**๒. ช่วงเวลาการฝึกงาน เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....**

**๓. หน่วยงานที่นิสิตแพทย์/นักศึกษาแพทย์ มีความประสงค์จะเข้ารับการศึกษา**

**กลุ่มงาน.....**

ในการนี้ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา รพ.๑ ขอความอนุเคราะห์จากท่านพิจารณารับนิสิตแพทย์/นักศึกษาแพทย์ โดยตอบลงในแบบตอบรับนิสิตแพทย์/นักศึกษาแพทย์เข้าฝึกประสบการณ์ และกรุณาส่งคืนศูนย์แพทยศาสตรศึกษา รพ.๑ ภายในวันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

ลายมือชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

**แบบตอบรับ**

๑. ( ) สามารถรับนิสิตแพทย์/นักศึกษาแพทย์ได้

( ) ไม่สามารถรับนิสิตแพทย์/นักศึกษาแพทย์ได้

๒. ให้นิสิตเข้ารายงานตัวกับ..... ตำแหน่ง.....

ลายมือชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : กรุณาส่งคืนเพื่อเก็บเป็นหลักฐานก่อนส่งคืนศูนย์แพทยศาสตรศึกษา รพ.๑