



# กองแพทยศาสตร์ศึกษา

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ  
ถนนพหลโยธิน เขตสายไหม กรุงเทพฯ ๑๐๒๒๐ โทร. ๐ ๒๕๓๔ ๗๔๖๓

## แบบฟอร์มการ อุทธรณ์ ผลการประเมิน

ภาคการศึกษา ..... ปีการศึกษา .....

วันที่ .....

เรื่อง .....

เรียน .....

ข้าพเจ้า นาย/ นางสาว ..... นสพ.ชั้นปี..... เลขประจำตัวนิตด .....

โทร.ฯ ..... ขณะนี้ศึกษารายวิชา ..... รหัสรายวิชา .....สถานที่

ปฏิบัติงาน .....

มีความประสงค์ขอให้ทบทวนผลการประเมิน

รายวิชา ..... รหัสรายวิชา ..... เกรดที่ได้รับ

รายวิชา ..... รหัสรายวิชา ..... เกรดที่ได้รับ

รายวิชา ..... รหัสรายวิชา ..... เกรดที่ได้รับ

เหตุผล ในการทักท้วงผลการประเมิน .....

.....

.....

ลงนาม .....

(.....)

นิตดต้องตรวจสอบและทักท้วงผลการประเมินได้ภายใน ๓๐ วันทำการ หลังจากวันประกาศผลการศึกษาตามกำหนดการ  
ในปฏิทินการศึกษาประจำภาคนั้น ๆ หรือจากวันที่คุณบติอนุมัติผลการประเมินการศึกษารายวิชานั้นเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี  
หากพ้นกำหนดเวลาดังกล่าวแล้วจำไม่อนุญาตให้ยื่นขอแก้ไขผลการศึกษาได้

ข้าพเจ้าจะติดตามคำร้องด้วยตนเองที่กองแพทยศาสตร์ศึกษา หลังยื่นคำร้องแล้ว ๑๐ วันทำการ

ลงนาม .....

(.....)

...../...../.....

..... จนท.กพศ.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. รับเรื่องและแจ้งอาจารย์ที่ปรึกษาทราบ

อาจารย์ที่ปรึกษา ..... รับทราบ วันที่ .....

อาจารย์ที่ปรึกษา ..... รับทราบ วันที่ .....

ลงนาม .....

(.....)

...../...../.....

ความเห็น หก.กพศ.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. (หรือผู้แทน)

.....

.....

.....

ลงนาม .....

(.....)

..... / ..... / .....

ความเห็น ผอ./ หก. (หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)

.....

.....

ลงนาม .....

(.....)

..... / ..... / .....