



แบบฟอร์มขอข้อมูล มูลนิธิโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
สังกัด(ภาควิชา/ศูนย์/ฝ่าย/งาน)เบอร์โทร..... ภายใน.....
มีความประสงค์ขอข้อมูล (โปรดระบุให้ชัดเจน)

.....

.....

.....

จากมูลนิธิโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อใช้ในการ (โปรดระบุให้ชัดเจน)

.....

.....

ขอรับข้อมูลดังกล่าว ภายในวันที่.....

☐

มารับด้วยตนเอง

☐

ทาง E-mail (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้ขอข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการมูลนิธิโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

☐

เห็นสมควรให้ความอนุเคราะห์

☐

ไม่สามารถให้ความอนุเคราะห์

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....