**แบบเสนอชื่อเป็นผู้มีสิทธิ์สมัครสอบ**

**โครงการรับนักศึกษาสาขารังสีเทคนิค คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**

**เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนบุคลากรด้านรังสีเทคนิคในโรงพยาบาล**

**ปีการศึกษา 2568**

 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” ประจำปีการศึกษา 2568 จำนวน..............................ราย ดังนี้

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

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

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

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

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

\

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

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

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

โปรดประทับตราของโรงพยาบาล / หรือ สสจ.

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