

ใบเซ็นชื่อขึ้นฝึกปฏิบัติงาน

โรงพยาบาล.....

ตึก/หน่วยงาน

วิชา.....

วันที่	ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ลายเซ็น	เวลามา	ลายเซ็น	เวลากลับ	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
 (.....)
 รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิชาการและประกันคุณภาพ