



สโมสรนักศึกษา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๖๘๑ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐

โทร.๐ ๒๒๔๔ ๓๑๕๔ โทรสาร ๐ ๒๒๔๑ ๓๐๑๙ (ฝ่ายการศึกษาและกิจการนักศึกษา)

### ใบรับรองสถานะ

#### การแข่งขันตอบปัญหาวิทยาศาสตร์การแพทย์และเวชศาสตร์เขตเมือง ประจำปี ๒๕๖๒

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... ตำแหน่ง.....

โรงเรียน .....

เป็นอาจารย์ผู้ดูแลนักเรียน ตามรายชื่อดังนี้

ทีมที่ ๑

๑) .....

๒) .....

๓) .....

ทีมที่ ๒

๑) .....

๒) .....

๓) .....

ขอรับรองว่านักเรียนตามรายชื่อดังกล่าว เป็นนักเรียนที่ได้รับการคัดเลือกจากโรงเรียนเพื่อเป็นตัวแทน  
ในการแข่งขันตอบปัญหาวิทยาศาสตร์การแพทย์และเวชศาสตร์เขตเมือง ประจำปี ๒๕๖๒

ลงชื่อ ..... อาจารย์ประจำทีม

(.....)