



## หนังสือรับรองคุณสมบัติจำเพาะ

โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกให้โดยส่วนราชการ/บริษัท/ห้างร้าน.....  
โดย.....ในฐานะ.....เพื่อแสดงว่า  
นาย/นาง/นางสาว.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ปฏิบัติงานในส่วนราชการ /บริษัท /ห้างร้าน.....ซึ่งสถานที่ปฏิบัติงานอยู่ที่  
เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
มาตั้งแต่วันที่.....ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน นับถึงวันที่ 23 สิงหาคม 2557  
เป็นระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 5 ปี

ให้ไว้ ณ วันที่ ..... พ.ศ. 2557

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรา)

- หมายเหตุ : 1. ผู้ลงนามรับรองต้องเป็นหัวหน้าส่วนราชการ หรือกรรมการผู้จัดการห้างหุ้นส่วนนิติบุคคล บริษัทจำกัด บริษัทมหาชน จำกัด ของผู้ที่ถูกรับรองว่าสถานที่ปฏิบัติงานอยู่นอกเขตอำเภอเมือง เท่านั้น  
2. ต้องแนบสำเนาภาพถ่ายหลักฐานการจดทะเบียนนิติบุคคลประเภทห้างหุ้นส่วนนิติบุคคล บริษัทจำกัด บริษัทมหาชนจำกัด พร้อมประทับตราส่วนราชการหรือนิติบุคคลกำกับไว้ด้วย