

(ปกปิด)

หนังสือรับรอง

ผู้สมัครเข้าศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเทคนิคการแพทย์ โครงการพิเศษ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เป็นผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

ได้ปฏิบัติงานกับผู้สมัครเป็นเวลา.....ปี ขอให้ความเห็นเกี่ยวกับผู้สมัครดังนี้

	4	3	2	1	ประเมิน ไม่ได้	ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
1. ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน						
2. ความสามารถในการแก้ปัญหา						
3. ความสำเร็จในงานที่ได้รับมอบหมาย						
4. ความซื่อสัตย์						
5. มนุษยสัมพันธ์						
6. ความมีน้ำใจ						
7. ศักยภาพในการศึกษาต่อ						
8. ความคิดหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อ หน่วยงานเมื่อสำเร็จการศึกษา						
9. การสนับสนุนให้ศึกษาต่อ						

4 = ดีเยี่ยม

3 = ดี

2 = พอใช้

1 = ต้องปรับปรุง

***ในกรณีที่ผู้สมัครจากหน่วยงานของท่านมากกว่า 1 คน โปรดระบุจำนวน.....คน ท่านจัดลำดับการลา
ศึกษาต่อของผู้สมัครรายนี้เป็นอันดับที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ กรุณาใส่ช่องปิดผนึก ลงลายมือชื่อกำกับหน้าซอง และมอบให้ผู้สมัคร