แบบกรอกข้อมูลบัญชีรายชื่อแพทย์ที่เข้าโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะปี 2560

ชื่อหน่วยงานที่ได้รับจัดสรรแพทย์ .....

จำนวนแพทย์ที่ได้รับจัดสรร ..... ตำแหน่ง

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	เลขที่ใบอนุญาตฯ	ว/ด/ป ที่แพทยสภาอนุมัติใบอนุญาตฯ	สถาบันที่แพทย์สำเร็จการศึกษา	หน่วยงานที่ฝากแพทย์ปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ