

ที่ อว ๐๖๐๓.๑๓/ คณะสหเวชศาสตร์

 มหาวิทยาลัยนเรศวร

 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง

 จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

 (วัน เดือน ปี)

เรื่อง .......................................................................................................................

เรียน .......................................................................................................................

อ้างถึง ....................................................................................................................... (ถ้ามี)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ....................................................................................................................... (ถ้ามี)

ภาคเหตุ .......................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................

ภาคความประสงค์

.................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................

ภาคสรุป ......................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................

 ขอแสดงความนับถือ

 (รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภวิทู สุขเพ็ง)

 คณบดีคณะสหเวชศาสตร์

คณะสหเวชศาสตร์

โทร. ๐ ๐๐๐๐ ๐๐๐๐

โทรสาร ๐ ๐๐๐๐ ๐๐๐๐

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : ..........................@nu.ac.th