



หนังสือรับรองสถาบันมหิตลาธิเบศร
(กรณีผู้สมัครเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้บริหารสูงสุดในองค์กร)

ข้าพเจ้า นามสกุล

ตำแหน่งหน่วยงาน.....

ประเภทธุรกิจ

โทรศัพท์โทรศัพท์มือถือ.....

ในฐานะผู้สมัครได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 11 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่