

ตราสัญลักษณ์ของหน่วยงาน

ที่.....

.....(ชื่อหน่วยงาน).....

ที่อยู่.....

.....

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า รศ./ผศ./ทพ./ทพญ.....

.....ปฏิบัติงานในฐานะอาจารย์ สาขา.....

ณ.....(ชื่อสถาบันการศึกษาที่ทันตแพทยสภารับรอง).....

มีประสบการณ์ในการสอน และ/หรือให้การฝึกอบรมตั้งแต่.....(วัน/เดือน/ปี).....ถึง.....

รวมระยะเวลา.....ปี

ให้ไว้ ณ วันที่เดือน.....พ.ศ.

(ลงชื่อ).....

(.....(พิมพ์ชื่อเต็ม).....)

(.....(ตำแหน่ง).....)

หมายเหตุ : กรณีที่ปฏิบัติงานในภาควิชาที่ไม่ตรงกับสาขาที่สอบ โปรดระบุรายวิชาสอนที่เกี่ยวข้องกับสาขาที่สอบเพิ่มเติม

ตราสัญลักษณ์ของหน่วยงาน

ที่.....

.....(ชื่อหน่วยงาน).....

ที่อยู่.....

.....

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า ทพ./ทพญ.....

ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....

ในสาขา..... ณ.....(ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน).....

ตั้งแต่.....(วัน/เดือน/ปี).....ถึง..... รวมระยะเวลา.....ปี

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

* (ลงชื่อ).....

(.....(พิมพ์ชื่อเต็ม).....)

(.....(ตำแหน่ง).....)

* หัวหน้าหน่วยงาน (หัวหน้าหน่วยงานให้หมายความรวมถึงผู้บังคับบัญชาชั้นต้นในกรณีทำงานร่วมกับผู้อื่น หรือ รับรองตนเองในกรณีที่ไม่มีผู้บังคับบัญชา)