

ใบรับรองการเป็นทันตบุคคลกร

วันที่.....

ข้าพเจ้า ทพ.ทญ. เลข ท.

สถานที่ทำงาน

หมายเลขโทรศัพท์

ขอรับรองว่าบุคคลดังต่อไปนี้ อายุในความดูแลของข้าพเจ้า

1. ตำแหน่ง
2. ตำแหน่ง
3. ตำแหน่ง

ลงชื่อ.....

(.....)