

แบบฟอร์มขอรองเรียนเกี่ยวกับการสอบความรู้ของศูนย์สอบความรูฯ

เขียน วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ผู้ร้องเรียน ชื่อ-สกุล..... รหัสประจำตัวสอบ.....

ที่อยู่ติดต่อใด .....

Email address: .....

เบอร์โทร ..... LINE ID: .....

ขอรองเรียนเกี่ยวกับการสอบ ณ สนามสอบ ..... จังหวัด .....

การสอบ ☐ CC1 ☐ CC2 ☐ JP1 ☐ PC1 ☐ PHCP1 ☐ JP2 ☐ PC2 ☐ PHCP2

ชื่อ..... นามสกุล.....

รายละเอียดของข้อร้องเรียน พร้อมระบุแหล่งข้อมูลอ้างอิง (ถ้ามี)

[illegible]

ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากเป็นการหักทวงเรื่องข้อสอบ จะต้องหักทวงภายใน 5 วัน หลังจากการสอบเสร็จสิ้น หากเลยกำหนดนี้แล้ว ทางศูนย์สอบความรู้ไม่จำเป็นต้องพิจารณาข้อร้องเรียนของข้าพเจ้า และ

ข้าพเจ้ารับทราบวา หากข้อร้องเรียนนี้ทำให้ผลสอบเปลี่ยนแปลงไป ข้าพเจ้ายอมรับผลการพิจารณา  
ของศูนยสอบความรู้

ลงชื่อ.....ผู้เขาสอบ

(.....)

\*เมื่อกรอกแบบฟอร์มแล้ว ให้นำส่งข้อร้องเรียนนี้ทาง email: [ph\\_exam@pharmacycouncil.org](mailto:ph_exam@pharmacycouncil.org)