แบบฟอร์มข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการสอบความรู้ของศูนย์สอบความรู้ฯ

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

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

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ : .....

Email address : .....

เบอร์โทร : ..... LINE ID : .....

ขอร้องเรียนเกี่ยวกับการสอบ ณ สนามสอบ : ..... จังหวัด : .....

การสอบ : ☐ CC๑ ☐ CC๒ ☐ IP๑ ☐ PC๑ ☐ PHCP๑ ☐ IP๒ ☐ PC๒ ☐ PHCP๒

ครั้งที่ : ..... วันที่ : ..... เดือน : ..... พ.ศ. : .....

รายละเอียดของข้อร้องเรียน พร้อมระบุแหล่งข้อมูลอ้างอิง (ถ้ามี) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากเป็นการทักท้วงเรื่องข้อสอบ จะต้องทักท้วงภายใน ๕ วัน หลังจากการสอบเสร็จสิ้น หากเลยกำหนดนี้แล้ว ทางศูนย์สอบความรู้ฯไม่จำเป็นต้องพิจารณาข้อร้องเรียนของข้าพเจ้า และ

ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากข้อร้องเรียนนี้ทำให้ผลสอบเปลี่ยนแปลงไป ข้าพเจ้ายอมรับผลการพิจารณาของศูนย์สอบความรู้ฯ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าสอบ

(.....)

*เมื่อกรอกแบบฟอร์มแล้ว ให้นำส่งข้อร้องเรียนนี้ทาง email: ph_exam@pharmacycouncil.org *