



## ใบรับรองทันตแพทย์

โรงพยาบาลทันตกรรม  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
เลขที่ 6 ถนนโยธี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เป็นผู้จดทะเบียน  
ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาทันตกรรม ใบอนุญาตที่ ท.....  
ได้ทำการตรวจ/รักษา นาย/นาง/นส.....อายุ.....ปี HN.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นของทันตแพทย์/แพทย์.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ทันตแพทย์/แพทย์