

ที่ อว .................... คณะทันตแพทยศาสตร์

 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

 ตู้ไปรษณีย์เลขที่ 17

 ที่ทำการไปรษณีย์คอหงส์

 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90112

 วันที่..............................

เว้นระยะ 1 บรรทัด

เรื่อง .......................................

เรียน .........................................

อ้างถึง (ถ้ามี) ……………………………………

สิ่งที่แนบมาด้วย (ถ้ามี) ...........................

เว้นระยะ 1 บรรทัด

(ข้อความ) ................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

เว้นระยะ 1 บรรทัด

(ข้อความ) ................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

เว้นระยะ 1 บรรทัด

 จึงเรียนมาเพื่อ ...............................................

เว้นระยะ 2 บรรทัด

 ขอแสดงความนับถือ

 (ลายมือชื่อ)....................................................

 (พิมพ์ชื่อเต็ม)……………………………………..…….

 (ตำแหน่ง)…………………………………………….....

หน่วยงานเจ้าของเรื่อง .......................

โทร ........................

โทรสาร..........................

E-mail ………………..