



**Faculty of Pharmaceutical Science**  
**Ubon Rachathani University**

**Facsimile Transmission Note**

วันที่.....

เรียน..... บริษัท/คณะ.....

หมายเลขโทรสาร.....จำนวน.....แผ่น(รวมใบปะหน้า)

จาก.....

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ถ.วาริน-เดชอุดม อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190

โทร. 0-4528-8382-3 โทรสาร 0-4528-8384, 0-4535-3626