|  |
| --- |
| **คำร้องขอผ่อนผันการชำระค่าลงทะเบียนรายวิชา** |
|  |  |
|  | วันที่ |  | เดือน |  | พ.ศ. |  |
|  |
| เรื่อง | ขอผ่อนผันการชำระค่าธรรมเนียมการลงทะเบียน จำนวน 3 งวด | ภาคการศึกษา |  | / |  |  |
| เรียน | คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ |
|  |  |
|  | ข้าพเจ้า ( ) นาย ( ) นาง ( ) นางสาว |  | นามสกุล |  |
| เลขทะเบียน |  | หลักสูตร |  |
| วิชาเอก |  | ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา |  |  |
| ที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก |  |  |  |
| เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ |  | E-Mail : |  |
|  |  |
| มีความประสงค์ขอผ่อนชำระค่าธรรมเนียมการลงทะเบียน จำนวน 3 งวด ภาคการศึกษา ......./........... และจะชำระตามกำหนด ดังนี้* งวดที่ 1 จ่ายภายใน**วันแรก**ของเดือนที่ 2 ของภาคการศึกษา
* งวดที่ 2 จ่ายภายใน**วันแรก**ของเดือนที่ 3 ของภาคการศึกษา
* งวดที่ 3 จ่ายภายใน**วันแรก**ของเดือนที่ 4 ของภาคการศึกษา
 |
| เหตุผลที่ขอผ่อนผันการชำระ คือ |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| (ลงชื่อ) |  | นักศึกษา |
|  | ( |  | ) |  |
|  |  |  |  |  |
| ➊ | **ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษา** |  | ➌ | **ความเห็นประธานหลักสูตรฯ** |
|  |  |  | ${detail2} |
|  |  |  |
| ลงนาม |  | วันที่ |  | / |  | / |  |  | ลงนาม | ${signature2} | วันที่ | ${date2} |
|  |
| ➋ | **ความเห็นเจ้าหน้าที่งานการนักศึกษา** |  | ➍ | **ความเห็น/คำสั่งรองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา** |
|  |  |  | ${detail3} |
|  |  |  |
| ลงนาม |  | วันที่ |  | / |  | / |  |  | ลงนาม | ${signature3} | วันที่ | ${date3} |
|  |
|  |  |  | ❺ | **คำสั่งคณบดี** |
|  |  |  | ${detail4} |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | ลงนาม | ${signature4} | วันที่ | ${date4} |

 **หมายเหตุ:** นักศึกษาต้องยื่นคำร้องมาให้งานบันฑิตศึกษาและวิเทศสัมพันธ์ ภายในเวลาที่กำหนดไว้เท่านั้น