



โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล  
คำร้องขอเข้าเรียน ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายโครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ

ข้าพเจ้า..... รหัสประจำตัว..... หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต  
ชั้นปีที่..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ .....  
โทรศัพท์มือถือ.....

มีความประสงค์ขอเข้าเรียน ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ในรายวิชา ดังต่อไปนี้

ที่	รหัสวิชา	ชื่อเต็มรายวิชา	วันเดือนปี	เวลา	ชื่ออาจารย์ผู้สอน

เนื่องจาก.....

หลักฐานที่แนบมาพร้อมนี้ ได้แก่.....

ทั้งนี้ หากเกิดการบาดเจ็บ ป่วย หรืออุบัติเหตุในระหว่างขออนุญาตเดินทางไปเรียนระหว่างวันที่.....ถึง  
วันที่..... ข้าพเจ้าจะขอรับผิดชอบด้วยตนเอง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จักเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ผู้ยื่นคำร้อง

<p><b>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b></p> <p><input type="checkbox"/> เห็นสมควรอนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นควรไม่อนุมัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม.....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่...../...../.....</p>	<p><b>ความเห็นประธานหลักสูตร/หัวหน้างาน บริหารการศึกษา</b></p> <p><input type="checkbox"/> เห็นสมควรอนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นควรไม่อนุมัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม.....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่...../...../.....</p>	<p><b>ความเห็นรองอธิการบดีฝ่ายโครงการจัดตั้ง วิทยาเขตอำนาจเจริญ</b></p> <p><input type="checkbox"/> เห็นสมควรอนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นควรไม่อนุมัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม.....</p> <p>(นายแพทย์हरรรษา แต่ศิริ)</p> <p>วันที่...../...../.....</p>
--	--	--

\*หมายเหตุ\* นักศึกษายื่นคำร้องก่อนวันเดินทาง อย่างน้อย 7 วันทำการ