คณะสหวิทยาการจัดการและเทคโนโลยี

คำร้องทั่วไป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอผ่อนผันค่าธรรมเนียมการศึกษา ภาค..... ปีการศึกษา.....

เรียน .....

(อาจารย์ที่ปรึกษา)

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง).....

รหัสประจำตัวนิสิต..... ชั้นปีที่ ..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอผ่อนผันค่าธรรมเนียมการศึกษา ภาค..... ปีการศึกษา.....

เนื่องจาก.....

.....

โดยจะขอชำระเงิน.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงนาม).....

(.....)

(2) เรียน คณบดีคณะสหวิทยาการจัดการและเทคโนโลยี (3) ผลการพิจารณา

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

(ลงนาม).....

(.....)

...../...../.....

(ลงนาม).....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชลิดา เล็กสมบูรณ์)

รักษาการแทนคณบดีคณะสหวิทยาการจัดการและเทคโนโลยี

...../...../.....