



คณะสหวิทยาการจัดการและเทคโนโลยี
คำร้องขอผ่อนผันค่าธรรมเนียมการศึกษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

(1) เรียน (อาจารย์ที่ปรึกษา)

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง).....รหัสประจำตัวนิสิต.....

ชั้นปีที่..... ภาควิชา..... สาขา.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอผ่อนผันค่าธรรมเนียมการศึกษา..... ปีการศึกษา.....เนื่องจาก.....

โดยจะขอชำระเงิน.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงนาม).....

(.....)

2. เรียน หัวหน้าภาควิชา

4. ผลการพิจารณา

เพื่อโปรดพิจารณาตาม (1)

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

(ลงนาม).....

(.....)

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

(ลงนาม).....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชลิดา เล็กสมบูรณ์)

3. เรียน คณบดีคณะสหวิทยาการจัดการและเทคโนโลยี

รักษาการแทนคณบดีคณะสหวิทยาการจัดการและเทคโนโลยี

เพื่อโปรดพิจารณาตาม (1)

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

(ลงนาม).....

(.....)

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