

งานบัณฑิตศึกษา

เลขที่รับ.....

วันที่...../...../.....



STIN-GRAD-04

แบบคำร้องขอลาพักการศึกษา

ชื่อ-นามสกุล.....รหัสนักศึกษา.....

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชา.....เบอร์ติดต่อ..... E-mail.....

มีความประสงค์ขอลาพักการเรียนในภาคการศึกษาที่.....ปีการศึกษา.....(ชำระเงินบาท
ที่.....) โดยได้แนบสำเนาใบเสร็จรับเงินมาพร้อมนี้

เหตุผลในการลาพักการศึกษา

.....
.....

ลงชื่อ.....นักศึกษา

วันที่...../...../.....

1) ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษา

.....
.....

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่...../...../.....

2) ความเห็นประธานอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร

.....
.....

ลงชื่อ.....ประธานอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร

(.....)

วันที่...../...../.....

3) ความเห็นประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

.....
.....

ลงชื่อ.....ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
(.....)
วันที่...../...../.....

4) ความเห็นคณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา

- อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา
(.....)
วันที่...../...../.....