

สำนักวิชาบัณฑิตศึกษา

เลขที่รับ.....

วันที่...../...../.....



STIN-GRAD-09

แบบคำร้องขอรักษาสภาพการเป็นนักศึกษา

ชื่อ-นามสกุล.....รหัสนักศึกษา.....

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชา.....

เบอร์ติดต่อ..... E-mail.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มีความประสงค์ขอรักษาสภาพการเป็นนักศึกษา ในภาคการศึกษาที่.....ปีการศึกษา.....

เหตุผลในการรักษาสภาพความเป็นนักศึกษา

.....
.....
.....
.....

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