บัณฑิตศึกษา คณะเทคนิคการแพทย์

Graduate Study Faculty of Associated Medical Sciences 

**แบบคำขอทั่วไป**

**GENERAL REQUEST FORM**

เรื่อง

Matter

เรียน

To

ข้าพเจ้า       นามสกุล

I’m (First name) Last name

รหัสประจำตัว       หมายเลขโทรศัพท์

Student Code Telephone No.

E-mail:

นักศึกษาระดับ  ปริญญาโท  ปริญญาเอก สาขาวิชา

Studying in Master’s Degree Doctoral Degree Program in

หลักสูตร  ปกติ  นานาชาติ  อื่นๆ       แบบ/แผน

Program: Regular International Other Type/Plan

มีความประสงค์

would like to

|  |
| --- |
|  |

ลงนาม (นักศึกษา) ................................................

Sign (student) ......../..................../.............

|  |  |
| --- | --- |
| ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้กำกับดูแล  Advisor/Advisor in Charge’s Comments  ..............................................................................................................................................................................    ลงนาม ..........................................................  Sign  (      )  .........../............../............. | ความเห็นประธานหลักสูตร  Academic Program Chair’s Comments  ..............................................................................................................................................................................    ลงนาม ..........................................................  Sign  (      )  .........../............../............. |
| ความเห็นประธานกรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะฯ  Graduate Education Executive Committee Chair’s Comments  ..............................................................................................................................................................................    ลงนาม ..........................................................  Sign  (      )  .........../............../............. | |