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/ผู้กำกับดูแลAdvisor/Advisor in Charge’s Comments..............................................................................................................................................................................  ลงนาม .......................................................... Sign (      ) .........../............../............. | ความเห็นประธานหลักสูตร Academic Program Chair’s Comments..............................................................................................................................................................................  ลงนาม .......................................................... Sign (      ) .........../............../............. |
| ความเห็นประธานกรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะฯGraduate Education Executive Committee Chair’s Comments..............................................................................................................................................................................  ลงนาม .......................................................... Sign  (      ) .........../............../............. |