



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก.....

ที่ สธ.๑๑๐๔.๐๘.๐๕...../.....วันที่.....

เรื่อง ขอฟ่อนผันค่าใช้จ่ายในการศึกษา.....

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.).....

นักศึกษาหลักสูตร.....ปีที่.....ภาคเรียนที่.....

ประจำปีการศึกษา.....มีความประสงค์ขอฟ่อนผันค่าใช้จ่ายในการศึกษา ดังนี้

ค่าเทอม ปีที่.....ภาคเรียนที่.....ประจำปีการศึกษา..... จำนวน.....บาท

ค่าหอพัก ประจำเดือน.....ถึง..... จำนวน.....บาท

อื่นๆ (โปรดระบุ)..... จำนวน.....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน.....บาท

ดังนั้น ข้าพเจ้าจะนำเงินมาชำระเป็นค่าใช้จ่ายในการศึกษา จำนวน.....บาท

(.....) ภายในวันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

อาจารย์ที่ปรึกษาได้แจ้งผู้ปกครองรับทราบแล้ว

(.....)

นักศึกษา

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่...../...../.....

อนุมัติ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ฯ

- เพื่อพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....หัวหน้าภาควิชา

(.....)

วันที่...../...../.....