ราชวิทยาลัย
จุฬาภรณ์
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์

สบบ.001

แบบคำร้องขอผ่อนผันการชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา

วันที่ .....

เรื่อง **ขอผ่อนผันการชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา**
เรียน **คณบดีคณะ.....**

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... รหัสประจำตัวนักศึกษา .....
ระดับ ☐ ปริญญาเอก ☐ ปริญญาโท ☐ ปริญญาตรี

หลักสูตร ..... สาขาวิชา .....

คณะ ..... เบอร์โทรศัพท์ ..... E-mail .....

ต้องชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ..... บาท

แต่เนื่องจาก (ระบุเหตุผล) .....

.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขออนุมัติผ่อนผันการชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา ภาคการศึกษาที่ ..... / .....

จำนวน ..... งวด ดังนี้

งวดที่ 1 จำนวน ..... บาท ชำระภายในวันที่ .....

งวดที่ 2 จำนวน ..... บาท ชำระภายในวันที่ .....

งวดที่ 3 จำนวน ..... บาท ชำระภายในวันที่ .....

หมายเหตุ : กำหนดชำระค่าธรรมเนียมการศึกษางวดสุดท้ายเสร็จสิ้นก่อนสอบปลายภาค 2 สัปดาห์

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

นักศึกษา ผู้ปกครอง

① ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา ..... ลงชื่อ..... (.....) วันที่	② ความเห็นของประธานหลักสูตร ☐ เห็นควรอนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ ลงชื่อ..... (.....) วันที่ .....
③ ผลการพิจารณาของคณบดี ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ .... ลงชื่อ..... (.....) วันที่	สำเนา ☐ เรียน รองเลขาธิการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เพื่อโปรดแจ้งฝ่ายบริหารการเงินการคลัง ☐ เรียน รองเลขาธิการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เพื่อโปรดแจ้งสำนักบริหารการศึกษาและบริการวิชาการ