



คำร้องขอผ่อนผันการชำระค่าลงทะเบียน
งานทะเบียนการศึกษา กลุ่มงานทะเบียน วัดและประมวลผลการศึกษา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอผ่อนผันการชำระค่าลงทะเบียน

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....รหัสประจำตัวนักศึกษา.....

เป็นนักศึกษาหลักสูตร

- วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) รุ่นที่.....ชั้นปีที่.....
- การแพทย์แผนไทยบัณฑิต รุ่นที่.....ชั้นปีที่.....
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชกิจฉุกเฉิน รุ่นที่.....ชั้นปีที่.....
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์
 - (สาธารณสุขชุมชน) (เทคนิคเภสัชกรรม) (ทันตสาธารณสุข)
 - รุ่นที่.....ชั้นปีที่.....
- โควตา.....

มีความประสงค์จะขอผ่อนผันการชำระค่าลงทะเบียนภาคการศึกษาที่.....ปีการศึกษา.....

ผ่อนผันจำนวน.....วัน โดยชำระเงินภายในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เหตุผลที่ต้องการผ่อนผัน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอผ่อนผัน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)

ลงชื่อ.....อาจารย์ประจำชั้น
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการ
(.....)