



คำร้องขอผ่อนผันการชำระค่าลงทะเบียน
งานทะเบียนการศึกษา กลุ่มงานบริหารจัดการศึกษา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอผ่อนผันการชำระค่าลงทะเบียน

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

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

- เป็นนักศึกษาหลักสูตร ☐ วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) รุ่นที่.....ชั้นปีที่.....
☐ ประกาศนียบัตรเวชกิจฉุกเฉิน รุ่นที่.....ชั้นปีที่.....
☐ ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์
☐ (สาธารณสุขชุมชน) ☐ (เทคนิคเภสัชกรรม) ☐ (ทันตสาธารณสุข)
รุ่นที่.....ชั้นปีที่.....
☐ โควตา.....

มีความประสงค์จะขอผ่อนผันการชำระค่าลงทะเบียนภาคการศึกษาที่.....ปีการศึกษา.....
ผ่อนผันจำนวน.....วัน โดยชำระเงินภายในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เหตุผลที่ต้องการผ่อนผัน.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอผ่อนผัน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)

ลงชื่อ.....อาจารย์ประจำชั้น
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการ
(.....)