



คำร้องขอผ่อนผันการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา

เขียนที่ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.25.....

เรื่อง ขอผ่อนผันการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา ภาคเรียนที่..... ปีการศึกษา 25

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว ชื่อ-นามสกุล

รหัสนักศึกษา (10หลัก) โทรศัพท์มือถือ (10หลัก) 08- โปรดระบุ

หลักสูตร ปริญญาตรี 4 – 5 ปี 4 ปีเทียบเข้าเรียน (2ปี) บัณฑิตศึกษา ภาคปกติ ภาคสมทบ

สาขาวิชา..... คณะ

มีความประสงค์จะขอผ่อนผันการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา ภาคเรียนที่..... ปีการศึกษา 25

เนื่องจาก

ทั้งนี้จะขอชำระภายในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

และหากข้าพเจ้าไม่ชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา ภายในระยะเวลาที่มหาวิทยาลัยฯ กำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยฯ ดำเนินการตัดรายชื่อนักศึกษา เพื่อพ้นสภาพการเป็นนักศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

(1)

.....)

นักศึกษา

<p>(2) ความเห็นหัวหน้ากลุ่มภารกิจทะเบียนเรียน ประมวลผลฯ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p>รก.หัวหน้ากลุ่มภารกิจทะเบียนเรียน ประมวลผลฯ</p> <p>วันที่...../...../25.....</p>	<p>(5) ความเห็นคณบดี</p> <p><input type="checkbox"/> ทราบ</p> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่...../...../ 25.....</p>
<p>(3) ความเห็นผู้อำนวยการสำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ</p> <p><input type="checkbox"/> ทราบ</p> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ</p> <p>วันที่...../...../25.....</p>	<p>(6) ความเห็นรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ</p> <p><input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ</p> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่...../...../ 25.....</p>
<p>(4) ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษา</p> <p><input type="checkbox"/> ทราบ</p> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p>อาจารย์ที่ปรึกษา</p> <p>วันที่...../...../25...</p>	<p>หมายเหตุ ให้นักศึกษาสำเนาคำร้องขอผ่อนผันค่าธรรมเนียม 1 ฉบับ นำคำร้องตัวจริง ส่งกลุ่มภารกิจทะเบียนฯ (ช่องบริการที่ 2) สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ ชั้น 2 อาคารอำนวยการ ยศสุข เพื่อบันทึกการขอผ่อนผันฯ มิฉะนั้น จะถูกยกเลิกรายวิชาที่ลงทะเบียนทั้งหมด</p>
<p>***ให้นักศึกษานำสำเนาคำร้องขอผ่อนผันการชำระค่าธรรมเนียม ยื่นขอชำระเงินได้ที่งานเงินรายได้ กองคลัง ชั้น 2 อาคารอำนวยการ</p>	

คำรับรองของผู้ปกครอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.25.....

เรื่อง ขออนุญาตชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา ในภาคเรียนที่..... ปีการศึกษา 25.....

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ ผ่านคณบดีคณะ.....

ตามที่ นาย นาง นางสาว ชื่อ-นามสกุล
รหัสนักศึกษา (10หลัก) โทรศัพท์มือถือ (10หลัก) 08- โปรตระบุ
หลักสูตร ปริญญาตรี 4 - 5 ปี 4 ปีเทียบเข้าเรียน (2ปี) บัณฑิตศึกษา ภาคปกติ ภาคสมทบ
สาขาวิชา..... คณะ

ซึ่งเป็นนักศึกษาในความปกครองของข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขออนุญาตชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา ในภาคเรียนที่
ปีการศึกษา เนื่องจาก.....

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว ชื่อ-นามสกุล
ผู้ปกครองของนักศึกษาดังกล่าวข้างต้น ได้รับทราบการขออนุญาตชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาแล้ว และยินดีให้ปฏิบัติตาม
ความประสงค์ของนักศึกษา หากนักศึกษาคงกล่าวไม่ชำระเงินตามที่มหาวิทยาลัยฯ กำหนด ข้าพเจ้ายินยอมเป็นผู้รับผิดชอบ
ค่าธรรมเนียมการศึกษาดังกล่าว และ/หรือ ยินยอมให้มหาวิทยาลัยฯ ดำเนินการตัดรายชื่อนักศึกษา เพื่อฟื้นฟูสภาพการเป็นนักศึกษา
ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้ปกครองนักศึกษา