



วันที่รับ.....เวลา.....น.

ผู้รับเรื่อง.....

ใบคำร้องขอรักษาสภาพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... รหัสประจำตัว.....

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สาขาวิชาความผิดปกติของการสื่อความหมาย ชั้นปี..... ปีที่สำเร็จการศึกษา.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... มีความประสงค์.....

ความเห็นประธานหลักสูตร วท.บ.ความผิดปกติ	ความเห็นรองคณบดี ฝ่ายการศึกษา	ความเห็นคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
<input type="checkbox"/> เห็นสมควรอนุมัติ <input type="checkbox"/> เห็นควรไม่อนุมัติ เนื่องจาก ลงนาม..... (ผศ.ดร.ปริยาสิริ วิชुरชาติ) ประธานหลักสูตร วท.บ.ความผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เห็นสมควรอนุมัติ <input type="checkbox"/> เห็นควรไม่อนุมัติ เนื่องจาก ลงนาม..... (ศาสตราจารย์ นาวาเอก นายแพทย์อนันต์ โฆษิตเศรษฐ์) รองคณบดีฝ่ายการศึกษาระดับปริญญา	<input type="checkbox"/> เห็นสมควรอนุมัติ <input type="checkbox"/> เห็นควรไม่อนุมัติ เนื่องจาก ลงนาม..... (ศาสตราจารย์นายแพทย์ปิยะมิตร ศรีธรา) คณบดี

ขอได้โปรดอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หมายเหตุ : แนบสำเนาบัตรนักศึกษา พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้งในการยื่นเอกสาร