



หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาฉุกเฉินการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
Bachelor of Science Program in Paramedicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์ขอศึกษารายวิชาเลือกเสรี
(Request for Elective course Form)

ชื่อ-สกุล..... ชั้นปีที่..... รหัสประจำตัว.....

Name..... Year..... Student ID.....

หมายเลขโทรศัพท์..... อีเมล.....

Telephone..... E-mail address.....

มีความประสงค์จะไปศึกษาในรายวิชาเลือกเสรี ใด
Would like to apply/enroll elective course in/at

.....
.....

ช่วงวันที่.....

Date and Duration

วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้

Objective

1.
2.
3.
4.

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

Expected learning outcome

.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ..... นักศึกษาผู้ยื่นแบบฟอร์ม

Student's signature

(.....)

ความเห็นของหัวหน้าภาควิชา

Head of department's comment

- เห็นชอบ Approved
 ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก.....
Disapproved because

ความเห็นของประธานหลักสูตร

Program chair's comment

- เห็นชอบ Approved
 ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก.....
Disapproved because

ลงชื่อ.....

(.....)

Program chair's signature