



เฉพาะเจ้าหน้าที่ (Staff Only)

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

วันที่ส่งคำร้อง

คำร้องทั่วไป

(กรณีขอยายการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา)

งานทะเบียนและประมวลผล สำนักงานวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1 นักศึกษา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอยายการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา

เรียน รองอธิการบดีวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี

ตามที่ข้าพเจ้า () นาย () นางสาว () นาง.....

รหัสประจำตัวนักศึกษา.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ชั้นปีที่.....

สาขาวิชา.....ผลการเรียน.....

คณะ.....ได้รับอนุมัติให้ผ่อนผันการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา

ภาคการศึกษาที่.....ปีการศึกษา.....จำนวน.....บาท ภายในวันที่..... นั้น

เนื่องด้วยข้าพเจ้าไม่สามารถชำระเงินได้ทันตามกำหนดดังกล่าว **เนื่องจาก**.....

จึงขอยายการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา โดยจะชำระค่าธรรมเนียมการศึกษาดังกล่าวภายในวันที่..... และข้าพเจ้าได้ทราบแล้วว่าหากไม่สามารถชำระเงินได้ภายในเวลาที่กำหนด หรือชำระไม่ครบตามจำนวน ข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยดำเนินการตามเงื่อนไขประกาศการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาต่อไป

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วยแล้ว จำนวน..... ฉบับ ได้แก่

1. ใบรับรองผู้ปกครอง

2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ปกครอง

3. อื่น ๆ (ระบุ).....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....นักศึกษา

(.....)

๒ ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษา	๓ ความเห็นคณบดีที่นักศึกษาสังกัด
เรียน รองอธิการบดีวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี () เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ ความเห็นเพิ่มเติม : (ลงชื่อ)..... (ว/ด/ป)...../...../.....	เรียน รองอธิการบดีวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี () เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ ความเห็นเพิ่มเติม : (ลงชื่อ)..... (ว/ด/ป)...../...../.....
๔ ความเห็นเจ้าหน้าที่งานทะเบียนและประมวลผล	๕ คำสั่งรองอธิการบดีวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี
เรียน รองอธิการบดีวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี เพื่อโปรดพิจารณา การขอขยายการชำระเงิน ค่าธรรมเนียมการศึกษา ภาคการศึกษาที่...../..... ความเห็นเพิ่มเติม : (ลงชื่อ)..... (ว/ด/ป)...../...../.....	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ ความเห็นเพิ่มเติม : (ลงชื่อ)..... (ว/ด/ป)...../...../.....



เฉพาะเจ้าหน้าที่ (Staff Only)

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

วันที่ส่งคำร้อง.....

ใบรับรองผู้ปกครอง

งานทะเบียนและประมวลผล สำนักงานวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า () นาย () นาง () นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ซึ่งออกให้ ณเมื่อวันที่.....

วันหมดอายุ.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....อาชีพ.....

อายุ.....ปี รายได้ต่อเดือน.....บาท เป็นผู้ปกครองของ () นาย () นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

มีความเกี่ยวข้องกันโดยเป็น () บิดา () มารดา () ผู้อุปการะ () อื่นๆ

มีความประสงค์ที่จะให้นักศึกษาตามรายชื่อข้างต้นดำเนินการ

 ลาพักการศึกษา ภาคการศึกษาที่.....ปีการศึกษา..... ถึง ภาคการศึกษาที่.....ปีการศึกษา..... ย้ายคณะ ย้ายสาขาวิชา ภาคการศึกษาที่..... ปีการศึกษา..... ลาออก ภาคการศึกษาที่..... ปีการศึกษา..... ขยายการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา ภาคการศึกษาที่.....ปีการศึกษา.....จำนวน.....บาท อื่น ๆ (ระบุ).....

ทั้งนี้ เพราะ(เหตุผล).....

การใดที่ () นาย () นางสาว.....() บุตร () ผู้อยู่ในความปกครอง
 ของข้าพเจ้าได้กระทำไปตามใบรับรองผู้ปกครองฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด และให้มีผลสมบูรณ์
 ตามระเบียบ/ประกาศ/ข้อปฏิบัติของมหาวิทยาลัยทุกประการ ข้าพเจ้าได้ทราบ และเข้าใจข้อความดีแล้ว จึงได้ลงลายมือ
 ชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ปกครอง

(ลงชื่อ).....พยาน(กรณีขอผ่อนผัน)