



## เฉพาะเจ้าหน้าที่ (Staff Only)

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

วันที่ส่งคำร้อง

## คำร้องทั่วไป

## (กรณีขอยายการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา)

งานทะเบียนและประมวลผล สำนักงานวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## 1 นักศึกษา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

## เรื่อง ขอยายการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา

เรียน ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายวิชาการ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี

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

รหัสประจำตัวนักศึกษา.....ชั้นปีที่.....สาขาวิชา.....

คณะ..... E-Mail : .....

ได้รับอนุมัติให้ผ่อนผันการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา ภาคการศึกษาที่..... ปีการศึกษา.....

จำนวน.....บาท(.....) ภายใน 30 วันนับจากวัน

ครบกำหนดชำระเงินครั้งที่ 1 นั้น

ข้าพเจ้าไม่สามารถชำระเงินได้ทันตามกำหนดวันดังกล่าว เนื่องจาก.....

.....

.....

.....

.....

จึงขอยายการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาเพิ่มอีก 1 เดือนตามประกาศ และข้าพเจ้าได้ทราบแล้วว่า

หากไม่สามารถชำระเงินได้ภายในเวลาที่กำหนด หรือชำระไม่ครบตามจำนวน ข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยดำเนินการ

ตามเงื่อนไขประกาศการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาต่อไป

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบใบรับรองผู้ปกครอง มาด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....นักศึกษา

(.....)

② ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษา	③ ความเห็นคณบดีที่นักศึกษาสังกัด
<p>เรียน ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยสุราษฎร์ธานี</p> <p>( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ</p> <p>ความเห็นเพิ่มเติม : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(ว/ด/ป)...../...../.....</p>	<p>เรียน ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยสุราษฎร์ธานี</p> <p>( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ</p> <p>ความเห็นเพิ่มเติม : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(ว/ด/ป)...../...../.....</p>

**④ ความเห็นเจ้าหน้าที่ทะเบียนและประมวลผล**

เรียน ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยสุราษฎร์ธานี  
เพื่อโปรดพิจารณา  
การขอขยายเวลาการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา ประจำปีการศึกษา.....ปีการศึกษา.....

กำหนดชำระเงินกรณีได้รับอนุมัติ ภายในวันที่.....

ความเห็นเพิ่มเติม : .....

.....

(ลงชื่อ).....

วัน/เดือน/ปี...../...../.....

**⑤ คำสั่งผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยสุราษฎร์ธานี**

อนุมัติ       ไม่อนุมัติ

ความเห็นเพิ่มเติม : .....

.....

.....

(ลงชื่อ).....

วัน/เดือน/ปี...../...../.....



## เฉพาะเจ้าหน้าที่ (Staff Only)

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

วันที่ส่งคำร้อง

## ใบรับรองผู้ปกครอง

## งานทะเบียนและประมวลผล สำนักงานวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ( ) นาย ( ) นาง ( ) นางสาว.....

ที่อยู่ปัจจุบัน  ตามสำเนาทะเบียนบ้าน  ย้ายที่อยู่ใหม่ เลขที่..... หมู่..... ซอย.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

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

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

มีความเกี่ยวข้องกันเป็น ( ) บิดา ( ) มารดา ( ) ผู้อุปการะ ( ) อื่นๆ .....

มีความประสงค์ที่จะให้นักศึกษาตามรายชื่อข้างต้นดำเนินการ

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

ทั้งนี้ เพราะ(เหตุผล).....

การใดที่ ( ) นาย ( ) นางสาว..... ( ) บุตร ( ) ผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า

ได้กระทำไปตามใบรับรองผู้ปกครองฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด และให้มีผลสมบูรณ์ตามระเบียบ/ประกาศ/ข้อปฏิบัติ และข้อบังคับของมหาวิทยาลัยทุกประการ ข้าพเจ้าได้ทราบ และเข้าใจข้อความดีแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ปกครอง

(ลงชื่อ).....พยาน (กรณีขอผ่อนผัน)