



แบบฟอร์มขอถอนรายวิชา
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

นาย /นางสาว /นาง รหัสนักศึกษา.....

สาขาวิชา..... ชั้นปี.....

อาจารย์ที่ปรึกษา.....

มีความประสงค์จะถอนรายวิชา ในภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายวิชา	ความเห็นอาจารย์ผู้สอน
1	รหัสวิชา ชื่อวิชา.....	ความเห็น.....ลงชื่อ (.....)
2	รหัสวิชา ชื่อวิชา.....	ความเห็น.....ลงชื่อ (.....)
3	รหัสวิชา ชื่อวิชา.....	ความเห็น.....ลงชื่อ (.....)
4	รหัสวิชา ชื่อวิชา.....	ความเห็น.....ลงชื่อ (.....)
รวมจำนวนรายวิชาที่ขอลถอน.....รายวิชา		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขหลังจากข้าพเจ้าถอนรายวิชาดังกล่าว ซึ่งการถอนนี้จะไม่สามารถยกเลิกได้
และสามารถถอนได้เฉพาะรายวิชาในรายการข้างต้นนี้เท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....นักศึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ผลการพิจารณาคำร้อง	
<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ เนื่องจาก - มอบหน่วยวิชาการ ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง วันที่.....เดือน.....ปี.....	- ทราบ - มอบงานทะเบียน วัดและประเมินผล ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง วันที่.....เดือน.....ปี.....