



ใบคำร้องขอดูแล

งานทะเบียนและประเมินผล ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
สถาบันสมทบของมหาวิทยาลัยมหิดล

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก

ข้าพเจ้า นาย / นางสาว..... รหัสประจำตัว.....

นักศึกษาประเภทวิชา..... ชั้นปีที่..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน.....

..... โทรศัพท์.....

ขอดูแล รายวิชา.....

ภาคการศึกษา ต้น ปลาย ปีการศึกษา.....

ลงนาม.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ความเห็นของภาควิชา	ความเห็นของรองผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
<input type="checkbox"/> เห็นควรอนุมัติ <input type="checkbox"/> เห็นควรไม่อนุมัติ	<input type="checkbox"/> เห็นควรอนุมัติ <input type="checkbox"/> เห็นควรไม่อนุมัติ
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ เนื่องจาก.....
ลงนาม.....	ลงนาม.....