



ใบลาป่วย ลา กิจ

เขียนที่ _____

วันที่ _____

เดือน _____

พ.ศ. _____

เรียน รองคณบดีฝ่ายการศึกษาก่อนปริญญา

ข้าพเจ้า

รหัสประจำตัว											
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สาขาวิชา เทคนิคการแพทย์

รังสีเทคนิค ชั้นปีที่ _____

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ _____

ซอย _____

ถนน _____

ตำบล/แขวง _____

อำเภอ/เขต _____

จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ _____

มีความประสงค์

ลาป่วย

ลา กิจ

ตั้งแต่วันที่ _____

ถึงวันที่ _____

เนื่องจาก _____

ทั้งนี้ได้แนบ

ใบรับรองแพทย์

จดหมายจากผู้ปกครอง

อื่นๆ _____

โดยในวันดังกล่าวตรงกับการเรียนรายวิชา _____

ภาควิชา _____

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าจะดำเนินการติดต่ออาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาเพื่อติดตามการเรียนการสอน
ในช่วงเวลาดังกล่าวด้วยตนเอง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไป จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ _____

(_____)

เรียน หัวหน้าภาควิชา/ศูนย์/ผู้รับผิดชอบรายวิชา MTID _____

เพื่อโปรดพิจารณา

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร วงศ์ลำซ่า)

รองคณบดีฝ่ายการศึกษาก่อนปริญญา