

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ผู้รับเอกสาร.....

วันที่.....

ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....

ใบคำร้อง

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เขียนที่ คณะเทคนิคการแพทย์ ม.มหิดล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....

รหัสประจำตัว.....

สาขาวิชา.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้.....

ซอย.....

ถนน.....

ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

สำหรับผู้ยื่นคำร้องขอหนังสือรับรองภาษาอังกฤษ และ/หรือ ใบแสดงผลการศึกษา (Transcript) โปรดกรอก
ข้อความต่อไปนี้

Name-Surname (ชื่อ-นามสกุล).....

Nationality (สัญชาติ).....

Religion (ศาสนา).....

Date of Birth (วัน/เดือน/ปี เกิด).....

Present Address (ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้).....

มีความประสงค์ให้คณะเทคนิคการแพทย์ดำเนินการดังนี้

สำหรับผู้ที่กำลังศึกษา กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่.....

จัดทำหนังสือรับรองการเป็นนักศึกษา (ฉบับละ 20 บาท) (เอกสารประกอบ รูปนักศึกษาขนาด 1 นิ้ว ที่ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 1 รูป)

ภาษาไทย จำนวน.....ฉบับ

ภาษาอังกฤษ จำนวน.....ฉบับ

สำหรับผู้สำเร็จการศึกษา สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา.....

จัดทำหนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษา (รับรองคุณวุฒิ) (ฉบับละ 20 บาท) (เอกสารประกอบ รูปถ่ายไม่เกิน 6 เดือน ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป)

ภาษาไทย จำนวน.....ฉบับ

ภาษาอังกฤษ จำนวน.....ฉบับ

แปลใบแสดงผลการศึกษา จำนวน.....ฉบับ (ฉบับละ 20 บาท) (เอกสารประกอบ สำเนาใบแสดงผลการศึกษา)

จัดทำคำอธิบายรายวิชาตลอดหลักสูตร (ฉบับละ 20 บาท) (เอกสารประกอบ สำเนาใบแสดงผลการศึกษา)

ภาษาไทย จำนวน.....ฉบับ

ภาษาอังกฤษ จำนวน.....ฉบับ

จัดทำหนังสือรับรองการจัดลำดับที่ของคะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (ฉบับละ 20 บาท)

ภาษาไทย จำนวน.....ฉบับ

ภาษาอังกฤษ จำนวน.....ฉบับ

เฉพาะผู้ที่สำเร็จการศึกษาก่อนปีการศึกษา 2523

ออกใบแสดงผลการศึกษาขณะอยู่ชั้นปีที่.....ถึงชั้นปีที่..... จำนวน.....ฉบับ (ฉบับละ 20 บาท)

เหตุผลในการยื่นคำร้อง.....

ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำร้อง)

(.....)

ข้าพเจ้าได้รับเอกสารถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....(ผู้รับเอกสาร)

วันที่.....