**** .................................. คณะเทคนิคการแพทย์

โทร. i+42+............ โทรสาร 02-441-4380

ที่ -

วันที่ …………………………………….

เรื่อง ขออนุมัติเข้าร่วม...............................(อบรม/สัมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ)

เรียน คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์

เพื่อโปรดพิจารณาการเสนอขออนุมัติเข้าร่วม.........................(อบรม/สัมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ) ดังนี้

1. ผู้เสนอขออนุมัติ.................................................................................................ตำแหน่ง......................................
2. ประเภท (อบรม/สัมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ)……………………………………………………………………………………..
3. หน่วยงานที่จัด.......................................................................................................................................................
4. ข้อมูลการขออนุมัติหัวข้อ/ชื่องานประชุม..............................................................................................................

ระยะเวลาที่เข้าร่วม................................................................................................................................................

สถานที่จัด..............................................................................................................................................................

1. ค่าลงทะเบียน จำนวน................................บาท ค่าธรรมเนียมการโอนเงิน (ถ้ามี)................................................

รวมทั้งสิ้น.................................................บาท

6. รายละเอียดการเข้าร่วมอบรม/สัมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ ดำเนินการภายใต้

🞎 แผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (IDP) 🞎 โครงการ MU-Talents 🞎 ยุทธศาสตร์ภาควิชา/คณะฯ

🞎 พัฒนาศักยภาพตามความสนใจ 🞎 อื่นๆ ........................................

7. เป็นการเข้าร่วมอบรม/สัมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนาในด้าน

🞎 การศึกษา 🞎 การวิจัย 🞎 การบริการวิชาการ 🞎 บริการสุขภาพ

🞎 การบริหารจัดการ 🞎 การประกันคุณภาพ 🞎 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆ 🞎 ความรู้ทางวิชาการ

🞎 อื่นๆ (โปรดระบุ)..................................

1. ความเห็นผู้บังคับบัญชา 🞎 เห็นควรอนุมัติ 🞎 อื่นๆ..........................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักเป็นพระคุณยิ่ง

(...........................................................)

ตำแหน่ง

****ภาควิชาเทคนิคการแพทย์ชุมชน

**ตัวอย่าง**

คณะเทคนิคการแพทย์

โทร. i + ๔๒ + ๒๘๓๒ โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๔๓๘๐

ที่ อว. ๗๘.๐๔๕/

วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติให้บุคลากรเข้าร่วมอบรม

เรียน คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์

เพื่อโปรดพิจารณาการเสนอขออนุมัติเข้าร่วมการอบรม ดังนี้

1. ผู้เสนอขออนุมัติ ๑) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระพีพร ใหญ่เจริญ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

๒) นางสาวปาริฉัตร วิจารณ์ผล ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์

1. ประเภท อบรมเชิงปฏิบัติการ
2. หน่วยงานที่จัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ข้อมูลการขออนุมัติหัวข้อ/ชื่องานประชุม การอบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารจัดการเว็บไซต์การให้บริการสมาชิกฯ. ระยะเวลาที่เข้าร่วม วันศุกร์ ที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖x เวลา ๐๙.๐๐–๑๖.๐๐ น.สถานที่จัด ห้องคอมพิวเตอร์ (๓๑๕–๓๑๖) ชั้น ๓ การแพทย์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลาย
4. ค่าลงทะเบียน จำนวน............-..............บาท ค่าธรรมเนียมการโอนเงิน (ถ้ามี)............-.......................................

รวมทั้งสิ้น...............................................................บาท

1. รายละเอียดการเข้าร่วมอบรม/สัมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ ดำเนินการภายใต้

🞎 แผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (IDP) 🞎 โครงการ MU-Talents 🗹 ยุทธศาสตร์ภาควิชา/คณะฯ

🞎 พัฒนาศักยภาพตามความสนใจ 🞎 อื่นๆ ........................................

1. เป็นการเข้าร่วมอบรม/สัมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนาในด้าน

🞎 การศึกษา 🞎 การวิจัย 🗹 การบริการวิชาการ 🞎 บริการสุขภาพ

🞎 การบริหารจัดการ 🞎 การประกันคุณภาพ 🞎 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆ 🞎 ความรู้ทางวิชาการ

🞎 อื่นๆ (โปรดระบุ)..................................

1. ความเห็นผู้บังคับบัญชา 🗹 เห็นควรอนุมัติ 🞎 อื่นๆ..........................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักขอบพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลิขิต ปรียานนท์)

หัวหน้าภาควิชาเทคนิคการแพทย์ชุมชน

****ภาควิชารังสีเทคนิค คณะเทคนิคการแพทย์

**ตัวอย่าง**

โทร. i + ๔๒ + ๒๘๓๒ โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๔๓๘๐

ที่ อว ๗๘.๐๔x/xxx

วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติเข้าร่วมโครงการอบรมออนไลน์ เรื่อง Assessment for Online Teaching

เรียน คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์

เพื่อโปรดพิจารณาการเสนอขออนุมัติเข้าร่วมการอบรม ดังนี้

1. ผู้เสนอขออนุมัติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรนุช เอี่ยมปา ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
2. ประเภท อบรม
3. หน่วยงานที่จัด สมาคมเครือข่ายการพัฒนาวิชาชีพอาจารย์และองค์กรระดับอุดมศึกษาแห่งประเทศไทย (ควอท)
4. ข้อมูลการขออนุมัติหัวข้อ/ชื่องานประชุม โครงการอบรมออนไลน์ เรื่อง Assessment for Online Teaching ระหว่างวันที่ ๒๕-๒๖ พฤศจิกายน ๒๕xx เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น. ด้วยระบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom
5. ค่าลงทะเบียน จำนวน.......๑,๕๐๐..........บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ค่าธรรมเนียมการโอนเงิน (ถ้ามี)............-...................................รวมทั้งสิ้น......................................................บาท

1. รายละเอียดการเข้าร่วมอบรม/สัมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ ดำเนินการภายใต้

🞎แผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (IDP) 🗹 โครงการ MU-Talents 🞎 ยุทธศาสตร์ภาควิชา/คณะฯ

🞎 พัฒนาศักยภาพตามความสนใจ 🞎 อื่นๆ ........................................

1. เป็นการเข้าร่วมอบรม/สัมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนาในด้าน

🗹 การศึกษา 🞎 การวิจัย 🞎 การบริการวิชาการ 🞎 บริการสุขภาพ

🞎 การบริหารจัดการ 🞎 การประกันคุณภาพ 🞎 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆ 🞎 ความรู้ทางวิชาการ

🞎 อื่นๆ (โปรดระบุ)..................................

1. ความเห็นผู้บังคับบัญชา 🗹 เห็นควรอนุมัติ 🞎 อื่นๆ..........................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักขอบพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภาพงษ์ พงษ์นภางค์)

หัวหน้าภาควิชารังสีเทคนิค