



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

ที่ -

วันที่

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

เรียน คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์

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

1. ผู้เสนอขออนุมัติ.....ตำแหน่ง.....
2. ประเภท (อบรม/สัมมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ).....
3. หน่วยงานที่จัด.....
4. ข้อมูลการขออนุมัติหัวข้อ/ชื่องานประชุม.....
ระยะเวลาที่เข้าร่วม.....
สถานที่จัด.....
5. ค่าลงทะเบียน จำนวน.....บาท ค่าธรรมเนียมการโอนเงิน (ถ้ามี).....
รวมทั้งสิ้น.....บาท
6. รายละเอียดการเข้าร่วมอบรม/สัมมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ ดำเนินการภายใต้
 แผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (IDP) โครงการ MU-Talents ยุทธศาสตร์ภาควิชา/คณะฯ
 พัฒนาศักยภาพตามความสนใจ อื่นๆ
7. เป็นการเข้าร่วมอบรม/สัมมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนาในด้าน
 การศึกษา การวิจัย การบริการวิชาการ บริการสุขภาพ
 การบริหารจัดการ การประกันคุณภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆ ความรู้ทางวิชาการ
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....
8. ความเห็นผู้บังคับบัญชา เห็นควรอนุมัติ อื่นๆ.....
เหตุผลความจำเป็น (โปรดระบุ).....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักเป็นพระคุณยิ่ง

(.....)

ตำแหน่ง

ตัวอย่าง



ภาควิชาเทคนิคการแพทย์ชุมชน

คณะเทคนิคการแพทย์

โทร. i + ๔๒ + ๒๘๓๒ โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๔๓๘๐

ที่ อว. ๗๘.๐๔๕/

วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติให้บุคลากรเข้าร่วมอบรม

เรียน คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์

เพื่อโปรดพิจารณาการเสนอขออนุมัติเข้าร่วมการอบรม ดังนี้

- ผู้เสนอขออนุมัติ ๑) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระพีพร ไหญ่เจริญ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
๒) นางสาวปาริฉัตร วิจารณ์ผล ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์
- ประเภท อบรมเชิงปฏิบัติการ
- หน่วยงานที่จัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ข้อมูลการขออนุมัติหัวข้อ/ชื่องานประชุม การอบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารจัดการเว็บไซต์การให้บริการสมาชิกฯ. ระยะเวลาที่เข้าร่วม วันศุกร์ ที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น.สถานที่จัด ห้องคอมพิวเตอร์ (๓๑๕-๓๑๖) ชั้น ๓ การแพทย์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา
- ค่าลงทะเบียน จำนวน.....บาท ค่าธรรมเนียมการโอนเงิน (ถ้ามี).....บาท
รวมทั้งสิ้น.....บาท
- รายละเอียดการเข้าร่วมอบรม/สัมมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ ดำเนินการภายใต้
 แผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (IDP) โครงการ MU-Talents ยุทธศาสตร์ภาควิชา/คณะฯ
 พัฒนาศักยภาพตามความสนใจ อื่นๆ
- เป็นการเข้าร่วมอบรม/สัมมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนาในด้าน
 การศึกษา การวิจัย การบริการวิชาการ บริการสุขภาพ
 การบริหารจัดการ การประกันคุณภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆ ความรู้ทางวิชาการ
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- ความเห็นผู้บังคับบัญชา เห็นควรอนุมัติ อื่นๆ.....
เหตุผลความจำเป็น (โปรดระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักขอบพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลิขิต ปรียานนท์)

หัวหน้าภาควิชาเทคนิคการแพทย์ชุมชน

ตัวอย่าง



ภาควิชารังสีเทคนิค คณะเทคนิคการแพทย์
โทร. i + ๔๒ + ๒๘๓๒ โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๔๓๘๐

ที่ อว ๗๘.๐๔๙/xxx

วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติเข้าร่วมโครงการอบรมออนไลน์ เรื่อง Assessment for Online Teaching

เรียน คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์

เพื่อโปรดพิจารณาการเสนอขออนุมัติเข้าร่วมการอบรม ดังนี้

- ผู้เสนอขออนุมัติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณช เอี่ยมปา ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
- ประเภท อบรม
- หน่วยงานที่จัด สมาคมเครือข่ายการพัฒนาวิชาชีพอาจารย์และองค์กรระดับอุดมศึกษาแห่งประเทศไทย (ควอท)
- ข้อมูลการขออนุมัติหัวข้อ/ชื่องานประชุม โครงการอบรมออนไลน์ เรื่อง Assessment for Online Teaching ระหว่างวันที่ ๒๕-๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น. ด้วยระบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom
- ค่าลงทะเบียน จำนวน.....๑,๕๐๐.....บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)
ค่าธรรมเนียมการโอนเงิน (ถ้ามี).....-.....รวมทั้งสิ้น.....บาท
- รายละเอียดการเข้าร่วมอบรม/สัมมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ ดำเนินการภายใต้
 - แผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (IDP) โครงการ MU-Talents ยุทธศาสตร์ภาควิชา/คณะฯ
 - พัฒนาศักยภาพตามความสนใจ อื่นๆ
- เป็นการเข้าร่วมอบรม/สัมมนา/ประชุม/ประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนาในด้าน
 - การศึกษา การวิจัย การบริการวิชาการ บริการสุขภาพ
 - การบริหารจัดการ การประกันคุณภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆ ความรู้ทางวิชาการ
 - อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- ความเห็นผู้บังคับบัญชา เห็นควรอนุมัติ อื่นๆ.....
เหตุผลความจำเป็น (โปรดระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักขอบพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภาพงษ์ พงษ์นงรักษ์)
หัวหน้าภาควิชารังสีเทคนิค