

แบบคำร้องขอพักการศึกษา/ รักษาสภาพการเป็นนักศึกษา/ ลาออก

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอพักการศึกษา/ รักษาสภาพการเป็นนักศึกษา/ ลาออก

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

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

หลักสูตร..... ชั้นปีที่..... มีความประสงค์ขอ

☐ พักการศึกษา ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

☐ รักษาสภาพการเป็นนักศึกษา ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

☐ ลาออกจากการเป็นนักศึกษา

เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ..... นักศึกษา

(.....)

คำยินยอมของบิดา/ มารดา

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว.....เลขที่บัตรประชาชน.....

เกี่ยวข้องกับนักศึกษาเป็น บิดา/ มารดา/ ผู้ปกครอง ของ นาย/ นาง/ นางสาว.....

ยินยอมให้นักศึกษา ☐ พักการศึกษา ☐ ลาออกจากการเป็นนักศึกษา ☐ รักษาสภาพการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง

(.....)

ความคิดเห็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ความคิดเห็นหัวหน้าสาขา

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผลการพิจารณาของ หัวหน้าฝ่ายทะเบียนฯ	ผลการพิจารณาของ รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิชาการ	ผลการพิจารณาของ ผู้อำนวยการวิทยาลัย
☐ เห็นสมควร ☐ ไม่เห็นสมควร ลงชื่อ..... (.....)	☐ เห็นสมควร ☐ ไม่เห็นสมควร ลงชื่อ..... (.....)	☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ ลงชื่อ..... (.....)

หมายเหตุ แบบเอกสารประกอบ 1 ชุด ดังนี้

- 1) สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง 2) สำเนาบัตรประชาชนนักศึกษา 3) อื่น ๆ เช่น ใบรับรองแพทย์

คำชี้แจง

1. การขอพักการศึกษา/ รักษาสภาพการเป็นนักศึกษา/ ลาออก ต้องได้รับการยินยอมจากบิดาหรือมารดา โดยนักศึกษากรอกข้อมูลและลงชื่อให้เรียบร้อย และให้บิดาหรือมารดาลงชื่อยินยอม
2. แนวหลักฐานประกอบตามที่ระบุในหมายเหตุ กรณีพักการศึกษาด้วยเหตุผลความจำเป็นด้านสุขภาพ ต้องแนบใบรับรองแพทย์ด้วย
3. นักศึกษาที่ได้รับอนุญาตให้ลาพักการศึกษา เมื่อจะกลับเข้าศึกษาจะต้องยื่นคำร้องขอกลับเข้าศึกษาต่อ ผู้อำนวยการวิทยาลัยก่อนครบกำหนดการลาพักการศึกษา
4. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่
ฝ่ายบริการการศึกษา โทร. 038-459497 ต่อ 1300-1301
E-mail: education@scphc.ac.th