



แบบคำร้องขอใบรับรอง

งานทะเบียนและประมวลผลการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ขั้นที่ 1 กรอกแบบฟอร์ม

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... รหัสประจำตัว.....
หลักสูตร..... ชั้นปี..... เบอร์โทรศัพท์.....
มีความประสงค์ขอใบรับรอง เพื่อ.....

1. ใบรับรองสถานภาพการเป็นนักศึกษา (รูปถ่ายชุดนักศึกษา พื้นหลังสีฟ้า ขนาด 1 นิ้ว) จำนวน..... ฉบับ
2. ใบรับรองคาดว่าจะสำเร็จการศึกษา (เฉพาะชั้นปีสุดท้าย) จำนวน..... ฉบับ
(รูปถ่ายชุดนักศึกษา พื้นหลังสีฟ้า ขนาด 1 นิ้ว)
3. ใบรายงานผลการเรียน ภาคเรียนที่..... ปีการศึกษา..... จำนวน..... ฉบับ
(ปีการศึกษาเดียวกันนับเป็น 1 ฉบับ)
4. อื่น ๆ (ระบุ)..... จำนวน..... ฉบับ

วิธีการรับเอกสาร

- รับด้วยตนเอง
- ส่งทางไปรษณีย์ ชื่อ-สกุลผู้รับเอกสาร..... บ้านเลขที่..... หมู่.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง.....
(.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ขั้นที่ 2 ชำระค่าธรรมเนียม

- ใบรับรอง 20 บาท ต่อ 1 ฉบับ
- ค่าจัดส่งทางไปรษณีย์ ลงทะเบียน 30 บาท, EMS 50 บาท

ช่องทางการชำระเงินค่าธรรมเนียม

- ชำระด้วยตนเอง : งานการเงิน อาคารอำนวยการ วิทยาลัยฯ
- ชำระผ่านบัญชี : ธนาคาร กรุงไทย จำกัด (มหาชน)
ชื่อบัญชี เงินบำรุงการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ชลบุรี
เลขที่บัญชี 207-1-08832-8

เลขอ้างอิง Ref.1 : เลขประจำตัวประชาชน , เลขอ้างอิง Ref.2 : รหัสประจำตัวนักศึกษา 11 หลัก

ขั้นที่ 3 นำหลักฐานการชำระเงิน + แบบคำร้อง ยื่นที่งานทะเบียนฯ

- หมายเหตุ :**
- ระยะเวลาดำเนินการ 3-7 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ยื่นคำร้อง
(หากไม่มารับเอกสารภายใน 30 วัน ต้องยื่นคำร้องและชำระค่าธรรมเนียมใหม่)
 - ยื่นคำร้องได้ที่ : งานทะเบียนและประมวลผลการศึกษา ฝ่ายบริการการศึกษา (อาคารอำนวยการ ชั้น 1)
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
29 ม.4 ต.บ้านสวน อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000
หรือยื่นผ่านช่องทาง E-mail: education@scphc.ac.th
สอบถามเพิ่มเติม โทร. 0 3845 9497 ต่อ 1300-1301 (ในวันและเวลาราชการ)