



## แบบคำร้องขอใบรับรอง

งานทะเบียนและประมวลผล วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

### ขั้นที่ 1 กรอกแบบฟอร์ม

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

| รายการ                                                                                                                | จำนวน (ฉบับ)         |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|
|                                                                                                                       | ไทย<br>ฉบับละ 50 บาท | อังกฤษ<br>ฉบับละ 100 บาท      |
| <input type="checkbox"/> 1. ใบรับรองสถานภาพการเป็นนักศึกษา (รูปถ่ายชุดนักศึกษา พื้นหลังสีฟ้า ขนาด 1 นิ้ว)             |                      |                               |
| <input type="checkbox"/> 2. ใบรับรองคาดว่าจะสำเร็จการศึกษา (รูปถ่ายชุดนักศึกษา พื้นหลังสีฟ้า ขนาด 1 นิ้ว)             |                      |                               |
| <input type="checkbox"/> 3. ใบรายงานผลการเรียน ภาคเรียนที่..... ปีการศึกษา.....<br>(ปีการศึกษาเดียวกันนับเป็น 1 ฉบับ) |                      | (ออกเฉพาะ<br>ภาษาไทยเท่านั้น) |
| <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ (ระบุ).....                                                                        |                      |                               |

#### วิธีการรับเอกสาร

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

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง.....  
(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

### ขั้นที่ 2 ชำระค่าธรรมเนียม

- ค่าธรรมเนียมออกเอกสารรับรอง (ภาษาไทย 50 บาท, ภาษาอังกฤษ 100 บาท) ต่อ 1 ฉบับ
- ค่าจัดส่งทางไปรษณีย์ ลงทะเบียน 30 บาท หรือ 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 : งานทะเบียนและประมวลผล ฝ่ายวิชาการ (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)