



สำนักส่งเสริมวิชาการและจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิต มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

คำร้องขอลงหรือยกเลิกรายวิชา
Request Form for Course Withdrawal

เรียน ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมวิชาการและจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ภาคการศึกษาที่.....
Semester
ปีการศึกษา.....
Academic Year
สาขาวิชา.....
Program
ชั้นปีที่/รุ่นที่.....หลักสูตร.....
Present classCurriculum
ระบบภาค.....
Sector

นาย/นางสาว/นาง/อื่น ๆ(โปรดระบุ).....E-mail.....

Mr./Miss/Mrs./other (specify) ชื่อ-สกุล(ตัวบรรจง) Name-family name (in block letters)

รหัสประจำตัวนักศึกษา [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] เลขประจำตัวประชาชน [] - [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] []

Student ID Identification

ในภาคการศึกษาปัจจุบันได้ลงทะเบียนเรียนไว้.....หน่วยกิตมีความประสงค์จะขอ ถอนรายวิชา ยกเลิกรายวิชา ดังนี้

Have registered in the current semester for credits and would like to request withdrawal form

รหัสวิชา Course No.	ชื่อรายวิชา Course name	เหตุผลของการถอนหรือยกเลิกรายวิชา Reason of request for withdrawal	ความเห็นผู้สอน/ผู้รับผิดชอบรายวิชา Instructor's comment			
			เห็นชอบ Approved	ไม่เห็นชอบ Disapproved	ลงนาม Signature	ว/ด/ป Date

รวมหน่วยกิตที่ขอลงหรือยกเลิก จำนวนหน่วยกิต

Total credits for the withdrawal of credits.

ข้าพเจ้าจะติดตามผลการพิจารณาคำร้องที่สำนักส่งเสริมวิชาการและจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิต หลังจากยื่นคำร้อง 2 วันทำการ

After 2 working days of the submission of this request' I will check the result at the Office of Academic Affairs and Registration,

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

Please be sure to consider the sub-Matsumoto.

นักศึกษาลงนาม.....

Signature...../...../.....

Date

1. ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา Advisor's comment. ลงนาม(Signature) (.....)/...../..... Date	2. ความเห็นของคณบดี Dean comment ลงนาม(Signature)..... (.....)/...../..... Date	3. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมวิชาการฯ Director Academic Affairs and Registration ลงนาม(Signature)..... (.....)/...../..... Date
---	---	---

หลักฐานตอบรับคำร้องขอลงรายวิชา(Document for Student)สำหรับนักศึกษาเก็บ(for Student)

ชื่อนักศึกษา ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/นาง/อื่น ๆ

Mr./Miss/Mrs./other (specify) ชื่อ-สกุล(ตัวบรรจง) Name-family name (in block letters)

สาขาวิชา.....ชั้นปีที่/รุ่นที่.....หลักสูตร.....ระบบ.....

ProgramPresent classCurriculum System

ชื่อรายวิชา Course name.....

เจ้าหน้าที่รับคำร้อง(Officer)ลงชื่อ (Signature)(...../...../.....)(Date)

หมายเหตุ: ให้นักศึกษาติดต่อขอรับคำร้องคืน ภายใน 2 วัน หลังจากวันยื่นคำร้อง ถ้านักศึกษาไม่ติดต่อภายในที่กำหนด ถือว่าเป็นโมฆะ