



ความเห็นของผู้ปกครองในการลาออก/การลาพักการศึกษา

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง การลาออก/การลาพักการศึกษา

เรียน คณะบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาวเบอร์โทรศัพท์.....

ผู้ปกครอง นาย/ นางสาว.....รหัสประจำตัวนักศึกษา.....
ชั้นปีที่.....

- ☐ นักศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
- ☐ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
- ☐ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม
- ☐ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

ความเห็นของผู้ปกครอง

- ☐ ผู้ปกครองอนุญาตให้นักศึกษาลาออก
- ☐ ผู้ปกครองอนุญาตให้นักศึกษาลาพักการศึกษา

ภาคการศึกษาที่.....ปีการศึกษา.....

เนื่องจาก.....

.....
.....
.....
.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ปกครอง