**คำร้องขอชั่วโมงทดแทนนอกเหนือตารางสอน**

 วันที่...........เดือน............................พ.ศ...............

เรียน รองคณบดีฝ่ายการศึกษาก่อนปริญญา

 ข้าพเจ้า……………………………………….……………….. สังกัดภาควิชา/หน่วยงาน.....................................................
ได้รับมอบหมายให้สอนนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่............ ภาคการศึกษา............ ปีการศึกษา......................................

รหัสวิชา........................... รายวิชา...................................................................................................................................
หัวข้อ................................................................................................................................................................................ในวันที่.................... เดือน........................................ พ.ศ...................... เวลา........................น. ถึง.............................น.

เป็นรายวิชา 🞏 บรรยาย 🞏 ปฏิบัติ 🞏 คลินิก สถานที่.......................................................................................

ไม่สามารถสอนในวันและเวลาดังกล่าวได้เนื่องจาก............................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**ขอสอนทดแทน** ในวันที่........................เดือน.............................พ.ศ. ..................เวลา................................................น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาจัดวันสอนทดแทนด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

 ลงนาม.............................................................

 (........................................................................)

 อาจารย์ผู้สอน

|  |  |
| --- | --- |
| **ผู้รับผิดชอบรายวิชา** 🞎 ไม่อนุมัติ 🞎 อนุมัติลงนาม...............................................................(…………………………..……………………………………)ตำแหน่ง................................................วันที่.........../................/................ | **ประธานโครงการสอนร่วม/ความเห็นของหัวหน้าภาควิชา/บังคับบัญชา**🞎 ไม่อนุมัติ 🞎 อนุมัติลงนาม...............................................................(…………………………..……………………………………)ตำแหน่ง................................................วันที่.........../................/................ |

**สำหรับหน่วยจัดการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต**

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

ดำเนินการแก้ไขแล้ว

เมื่อวันที่............... เดือน.........................พ.ศ.......................

เวลา....................................น.

🞎 แจ้งอาจารย์ผู้เกี่ยวข้องรับทราบแล้ว

🞎 แจ้งนักศึกษาชั้นปีที่เกี่ยวข้องรับทราบแล้ว

ลงนาม...............................................................(เจ้าหน้าที่)

**ความเห็นของรองคณบดีฝ่ายการศึกษาก่อนปริญญา**

รับทราบ

 ให้ดำเนินการแก้ไขตารางสอนรายวิชา.........................................

……………………………………………………………………..……………

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์สมศักดิ์ ไมตรีรัตนะกุล)

รองคณบดีฝ่ายการศึกษาก่อนปริญญา

วันที่.........................................