**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 🞎 อนุมัติ  ลงนาม...............................................................  (…………………………..……………………………………)  ตำแหน่ง................................................  วันที่.........../................/................ | **ประธานโครงการสอนร่วม/ความเห็นของหัวหน้าภาควิชา/บังคับบัญชา**  🞎 ไม่อนุมัติ 🞎 อนุมัติ  ลงนาม...............................................................  (…………………………..……………………………………)  ตำแหน่ง................................................  วันที่.........../................/................ |

**สำหรับหน่วยจัดการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต**

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

ดำเนินการแก้ไขแล้ว

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

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

🞎 แจ้งอาจารย์ผู้เกี่ยวข้องรับทราบแล้ว

🞎 แจ้งนักศึกษาชั้นปีที่เกี่ยวข้องรับทราบแล้ว

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

**ความเห็นของรองคณบดีฝ่ายการศึกษาก่อนปริญญา**

รับทราบ

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

……………………………………………………………………..……………

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์สมศักดิ์ ไมตรีรัตนะกุล)

รองคณบดีฝ่ายการศึกษาก่อนปริญญา

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