**คำร้องขอเปลี่ยนแปลงตารางสอน / ตารางคลินิก**

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

เรียน รองคณบดีฝ่ายการศึกษาก่อนปริญญา

ข้าพเจ้า……………………………………….………………..……….. สังกัดภาควิชา/หน่วยงาน.............................................

ได้รับมอบหมายให้สอนนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่................ ภาคการศึกษา................ ปีการศึกษา...................................

รหัสวิชา........................... รายวิชา........................................................................................................................................
หัวข้อ.....................................................................................................................................................................................

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

**มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงตารางสอน / ตารางคลินิก**

**จากเดิม** ในวันที่..................เดือน.................................พ.ศ.......................... เวลา.....................น. ถึง.............................น.

**ย้ายไป** ในวันที่..................เดือน.................................พ.ศ.......................... เวลา ....................น. ถึง.............................น.

เนื่องจาก................................................................................................................................................................................

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย 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.........................................