



มหาวิทยาลัยพิษณุโลก

ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000 โทร 0 - 5530 - 3411

คำร้องขอลงทะเบียนเรียนซ้ำ

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอลงทะเบียนเรียนซ้ำ

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ชื่อ(นาย/นางสาว).....รหัสนักศึกษา.....

ชั้นปีที่..... ระดับ ปริญญาตรี หลักสูตร หลักสูตร 4 ปี หลักสูตร 4 ปีเทียบโอน

คณะ.....สาขาวิชา.....

ที่อยู่ติดต่อได้(ทางไปรษณีย์).....

โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอเรียนซ้ำในภาคเรียนที่ปีการศึกษา.....เนื่องจาก.....

รหัสนักศึกษา

ชื่อรายวิชา

หน่วยกิต

อ.ผู้สอน

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

ลายมือชื่อผู้ยื่นคำร้อง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ไม่มีภาระผูกพันกับวิทยาลัย โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะ / หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังนี้

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษา	ความเห็นหัวหน้าสาขา
.....
.....
ลงชื่อ..... (.....)/...../.....	ลงชื่อ..... (.....)/...../.....
ความเห็นนายทะเบียน	ความเห็นรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ
.....
.....
ลงชื่อ..... (.....)/...../.....	ลงชื่อ..... (.....)/...../.....