ภาคการศึกษาที่ ปีการศึกษา

|  |  |
| --- | --- |
|  | หน่วยจัดการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**แบบฟอร์มขออนุมัติในหลักการค่าสอนพิเศษ หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต** |

 เรียน คณบดี (ผ่าน รองคณบดี)

ด้วยภาควิชา/โครงการสอนร่วม

มีความประสงค์จะขออนุมัติในหลักการค่าสอนพิเศษ รหัสวิชา

หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต เป็นจำนวนเงิน มีรายละเอียดดังนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อ - สกุล(อาจารย์พิเศษ) | วัน/เดือน/ปีที่สอน | เวลาที่สอน | จำนวนชั่วโมงที่สอน (ชั่วโมง) | จำนวนเงิน(บาท) |
| ภาคทฤษฎี | ภาคปฏิบัติ | รวม |
| Lab. | Clinic |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  รวมเป็นเงินจำนวนทั้งสิ้น |  |  |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| เรียน คณบดี เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ................................................................................................(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์บัณฑิต จิรจริยาเวช)รองคณบดีวันที่.............เดือน......................พ.ศ.................. | อนุมัติ..............................................................................(รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ทันตแพทย์ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ)คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลวันที่.............เดือน......................พ.ศ.................. |

 หัวหน้าภาควิชา........................................................................