ภาคการศึกษาที่ ปีการศึกษา

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

เรียน คณบดี (ผ่าน รองคณบดี)

ด้วยภาควิชา/โครงการสอนร่วม

มีความประสงค์จะขออนุมัติในหลักการค่าสอนพิเศษ รหัสวิชา

หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต เป็นจำนวนเงิน มีรายละเอียดดังนี้

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| เรียน คณบดี  เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ  ................................................................................................  (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์บัณฑิต จิรจริยาเวช)  รองคณบดี  วันที่.............เดือน......................พ.ศ.................. | อนุมัติ  ..............................................................................  (รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ทันตแพทย์ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ)  คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  วันที่.............เดือน......................พ.ศ.................. |

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