



กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา
 ปรัชญา : พัฒนาคน พัฒนางาน บริกรที่ดี

กองบริการการศึกษา
 เลขที่รับ.....
 วันที่รับ.....
 ผู้รับ.....

คำร้องขอยกเลิกวิชาเรียน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.25.....

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

เรื่อง ขอยกเลิกวิชาเรียน ในภาคเรียนที่...../25.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....รหัสนักศึกษา.....

เป็นนักศึกษา ภาคปกติ ภาคพิเศษ (เสาร์-อาทิตย์) ภาคพิเศษ (จันทร์-พุธ-ศุกร์)

คณะ.....สาขาวิชา.....ปี.....หมู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....มีความประสงค์ ขอยกเลิกรายวิชาที่ลงทะเบียน จำนวน.....วิชา

ด้วยเหตุผลและความจำเป็น ดังนี้

ที่	รหัสวิชา	ชื่อวิชา	หน่วยกิต	ชื่ออาจารย์ผู้สอน	ลายเซ็นผู้สอน
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

คงเหลือวิชาที่ลงทะเบียนในภาคเรียนที่...../25.....ทั้งสิ้น.....วิชา รวม.....หน่วยกิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อนักศึกษา.....

หมายเหตุ หลังจากยื่นคำร้องแล้ว ภายใน 5 วัน ให้นักศึกษาตรวจสอบผลในระบบทะเบียนของนักศึกษาด้วยตนเอง รายวิชาที่ยกเลิกจะขึ้นสัญลักษณ์ W

1.ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา ลงนาม..... (.....) ลงวันที่.....	3.ความเห็นผู้อำนวยการกองบริการการศึกษา ลงนาม..... (.....) ลงวันที่.....
2.ความเห็นคณบดี/รองคณบดีผู้รับผิดชอบงานวิชาการ ลงนาม..... (.....) ลงวันที่.....	4.ความเห็นรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ <input type="checkbox"/> อนุมัติ/อนุญาต <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ/ไม่อนุญาต ลงนาม..... (.....) ลงวันที่.....