



หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาฉุกเฉินการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
Bachelor of Science Program in Paramedicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

แบบแจ้งความประสงค์ขอศึกษารายวิชาเลือกเสรี Request for Elective Course Form

รหัสวิชา รวณ ภาคการศึกษา ปีการศึกษา
Course RAER Semester Academic year

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/นาง รหัสนักศึกษา
Name Mr. / Miss. / Mrs. Student ID

เป็นนักศึกษาฉุกเฉินการแพทย์ชั้นปีที่ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ อีเมล
Being paramedic student in year Telephone E-mail address

มีความประสงค์จะไปศึกษาในรายวิชาเลือกเสรี ณ
Would like to apply/enroll elective course in/at

ช่วงระหว่างวันที่
Date and Duration

วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้
Objectives
1.
2.
3.
4.

ผลที่คาดว่าจะได้รับ
Expected outcomes
.....
.....
.....

ลงชื่อนักศึกษา
Student's signature
วันที่ Date / /

<p>① ความเห็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา Course's director comment</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม Signature (.....)</p> <p>วันที่ Date / /</p>	<p>② ความเห็นประธานหลักสูตร Program chair's comment</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม Signature (.....)</p> <p>วันที่ Date / /</p>
<p>③ ความเห็นหัวหน้าภาควิชา Head of Department's comment</p> <p><input type="checkbox"/> อนุมัติ Approved <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ Disapproved เนื่องจาก</p> <p>Because of</p> <p>ลงนาม Signature (.....)</p> <p>วันที่ Date / /</p>	