



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะทันตแพทยศาสตร์ โทร. 0-2986-9213 ต่อ

ที่ อว.67.32/

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเข้าร่วม.....

เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขออนุมัติเข้าร่วมอบรม / ประชุม / สัมมนา / ดูงาน เรื่อง.....

ในวันที่.....ถึงวันที่.....

ณ

- โดยไม่ขอเบิกค่าใช้จ่าย
- โดยขอเบิกค่าใช้จ่ายดังนี้
 - ค่าลงทะเบียน จำนวนเงิน.....บาท
 - ค่าที่พัก จำนวนเงิน.....บาท
 - ค่าเบี้ยเลี้ยง จำนวนเงิน.....บาท
 - ค่าตัวเครื่องบิน.....บาท
 - ค่าพาหนะในต่างประเทศบาท
 - ค่าพาหนะในประเทศบาท
 - อื่น ๆ (ถ้ามี).....บาท

รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท

หมายเหตุ.....

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมอบรม / ประชุม / สัมมนา / ดูงาน ดังนี้

1.
2.
3.

ข้าพเจ้าจะนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมอบรม/ประชุม/สัมมนา/ดูงาน มาเผยแพร่และพัฒนาคณะทันตแพทยศาสตร์ มธ. ดังนี้

- 1
- 2
- 3

ข้าพเจ้าเคยเข้าร่วมการอบรม / ประชุม / สัมมนา / ดูงาน ดังนี้ (ในรอบปีงบประมาณ.....)

วันที่	เรื่อง	สถานที่	ทุน จำนวนเงิน	สิทธิ (5,000 บาท)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ลงชื่อ).....ผู้ขอเข้ารับการอบรม

(.....)

ตำแหน่ง.....

โปรดพลิก

ในระหว่างการอบรม / ประชุม / สัมมนา / ดูงาน ครั้งนี้ ข้าพเจ้า

- ไม่มีภารกิจ มีภารกิจ การเรียนการสอน
 คลินิกทันตกรรม
 อื่น ๆ (ระบุ).....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้มอบหมายงานให้ปฏิบัติหน้าที่แทน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วันที่	เวลา	รายละเอียด	ชื่อผู้รับมอบหมาย	ลายมือชื่อผู้รับมอบหมาย

1. ความเห็นของหัวหน้าสาขาวิชา

- เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. ความเห็นของรองคณบดีฝ่ายวิชาการและวิเทศสัมพันธ์

- เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3. ความเห็นของคณบดี

- อนุญาต โดยใช้งบประมาณ.....

.....

- ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....