



สถาบันการอาชีวศึกษาภาคกลาง 2

INSTITUTE OF VOCATIONAL EDUCATION CENTRAL REGION 2

เลขที่รับ.....
วันที่รับ.....
เวลา.....น.
ผู้รับ.....

แบบคำร้องขอแก้ระดับคะแนนไม่สมบูรณ์ (ม.ส.)

(กรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ภายใน 10 วันหลังประกาศผล)

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

รหัสประจำตัวนักศึกษา.....สาขาวิชา.....ชั้นปีที่.....

วิทยาลัย.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

E-mail.....

มีความประสงค์ขอแก้ระดับคะแนนไม่สมบูรณ์ (ม.ส.) ประจำภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....ตั้งรายวิชาต่อไปนี้

ลำดับ ที่	รหัสวิชา	ชื่อวิชา	กลุ่ม	ชื่ออาจารย์ผู้สอน	ลงนามผู้สอน

ข้าพเจ้าไม่สามารถดำเนินการแก้ ม.ส. ได้ภายใน 10 วันหลังประกาศผลรายวิชา เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(.....)

นักศึกษา

1. ความเห็นประธานหลักสูตร ลงชื่อ..... (.....)/...../.....	2. ความเห็นของกรรมการบริหารฯ ป.ตรี <input type="radio"/> เห็นควรอนุมัติ <input type="radio"/> เห็นควรไม่อนุมัติ เพราะ..... ลงชื่อ..... (.....)/...../.....
3. ความเห็นผู้อำนวยการวิทยาลัย <input type="radio"/> อนุมัติ <input type="radio"/> ไม่อนุมัติ เพราะ..... ลงชื่อ..... (.....)/...../.....	4. งานทะเบียนวิทยาลัย <input type="radio"/> ทราบ <input type="radio"/> แจ้งงานวัดผลและประเมินผล ลงชื่อ..... (.....)/...../.....
5. งานวัดผลและประเมินผลวิทยาลัย <input type="radio"/> ทราบ ลงชื่อ...../...../.....	6. เสนออาชีวศึกษาบัณฑิต <input type="radio"/> ทราบ ลงชื่อ..... (.....) ผู้อำนวยการอาชีวศึกษาบัณฑิต/...../.....