ท.17



เลขที่รับ.................................

วันที่รับ.................................

เวลา.................................. น.

ผู้รับ.......................................

 **สถาบันการอาชีวศึกษาภาคกลาง ๔ วิทยาลัย**......................................

 INSTITUTE OF VOCATINAL EDUCATION, CENTRAL REGION 4

**แบบคำร้องขอแก้ระดับคะแนนไม่สมบูรณ์ (ม.ส.)**

เรื่อง ขออนุญาตส่งผลการศึกษาแก้ ม.ส.

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัย..........................................................................

 ข้าพเจ้า........................................................................ อาจารย์ประจำวิชา........................................................

สาขาวิชา............................................................................................................................................. ชั้นปีที่...................

มีความประสงค์ขอส่งผลการศึกษา ของภาคเรียนที่.......... ปีการศึกษา........................... ดังรายชื่อต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | รหัสประจำตัว | ชื่อ-สกุล | ชั้นปี | คะแนนก่อนแก้ม.ส. | คะแนนแก้ม.ส. | รวม | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

 ลงชื่อ........................................................ ผู้สอน

 ลงชื่อ........................................................ หัวหน้าสาขาวิชา

 ลงชื่อ........................................................ หัวหน้างานวัดผล

 ลงชื่อ........................................................ ผู้อำนวยการวิทยาลัย