



ที่ กก ๐๕๐๘.๐...../

สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชัยภูมิ  
อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ๓๖๐๐๐

วัน เดือน ปี

เรื่อง ขออนุญาตนำนักศึกษาไป/เข้าร่วม.....

เรียน ผู้ปกครอง.....(ชื่อนักศึกษา).....

ด้วยสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชัยภูมิมิมีความประสงค์นำนักศึกษาไป/เข้าร่วม.....  
..... ระหว่างวันที่ ..... ณ ..... จังหวัด.....  
ในการไปครั้งนี้ มีนักศึกษา จำนวน ..... คน โดยมี.....เป็นผู้ควบคุม  
ออกเดินทางวันที่..... เข้าพักที่..... และกลับถึง  
สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชัยภูมิ วันที่..... เวลาประมาณ.....น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นักศึกษาไป/เข้าร่วม.....ในครั้งนี

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วราพรธน์ ธรรมะโชติสิน)

กรรมการวิทยาเขต รักษาการแทน

รองอธิการบดีสถาบันการพลศึกษา ประจำวิทยาเขตชัยภูมิ

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์ ๐ ๔๔๘๑ ๒๐๘๘ ต่อ .....

โทรสาร ๐ ๔๔๘๒ ๒๓๒๓

ผู้ประสานงาน ๐๐ ๐๐๐๐ ๐๐๐๐ (...ชื่อ-สกุล.....)

โปรดกรอกแบบข้างล่างนี้แล้วส่งกลับคืนสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชัยภูมิ

ข้าพเจ้า.....ผู้ปกครองของ.....

อนุญาต  ไม่อนุญาต ให้.....ไป/เข้าร่วม.....ในครั้งนี

(ลงชื่อ).....ผู้ปกครอง

(.....)

โทรศัพท์.....