**หมายเลข 8 แบบฟอร์มแจ้งรายวิชาที่มีวัน-เวลาสอบซ้ำซ้อน**

วันที่ .............. เดือน ........................ พ.ศ. .............................

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงวัน-เวลาสอบ

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิชาการและบริการวิชาการ

 ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ........................................................................................ อาจารย์ผู้สอน รหัสวิชา ........................ ชื่อวิชา ............................................................................................................................... คณะวิทยาการสื่อสาร

ขอแจ้งรายวิชาที่มีวัน-เวลาสอบซ้ำซ้อน ประจำภาคการศึกษาที่ ......... ปีการศึกษา .................. ดังรายละเอียด

□ สอบกลางภาค รหัสวิชา.......................... ชื่อวิชา ........................................................................................

 สอบวันที่ ............................................................... เวลา...............................................

และรหัสวิชา.......................... ชื่อวิชา ...........................................................................................

 สอบวันที่ ............................................................... เวลา...............................................

□ สอบไล่ รหัสวิชา.......................... ชื่อวิชา ...........................................................................................

 สอบวันที่ ............................................................... เวลา...............................................

และรหัสวิชา.......................... ชื่อวิชา ...........................................................................................

 สอบวันที่ ............................................................... เวลา...............................................

 ดังนั้น จึงขอให้ดำเนินการ ดังนี้

 □ งานทะเบียนฯ ปลดวัน-เวลาสอบ ให้นักศึกษาสามารถลงทะเบียนเรียนได้ โดยอาจารย์ผู้สอนจะเป็นผู้รับผิดชอบจัดสอบนักศึกษากลุ่มที่มีปัญหาเอง จำนวน.......คน (ดังรายชื่อที่แนบ)

 □ ผู้สอนยกเลิกวัน-เวลาสอบ โดยอาจารย์ผู้สอนจัดสอบนอกตารางเองในรายวิชา ............................ .................................................................................................

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

 (ลงชื่อ) ……………………….………………………………….

 (…………….………………………………………….)

 ตำแหน่ง อาจารย์

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. ความเห็นผู้อำนวยการหลักสูตร** | ที่ มอ 862/**2. รองคณบดีฝ่ายวิชาการฯ** | **3.นายทะเบียนวิทยาเขตปัตตานี** | **4.หน่วยตารางสอน-สอบ** |
|  |  |  |  |
| 🞏 เห็นควรอนุมัติ | 🞏 อนุมัติ |  |  |
| 🞏 ไม่เห็นควรอนุมัติ | 🞏 ไม่อนุมัติ |  |  |
|  เนื่องจาก……………………… |  เนื่องจาก…………………… |  |  |
| …………………………….……….. | …………………………………. |  |  |
| (ลงชื่อ)…………………..……….. | (ลงชื่อ)…………………………….. |  |  |

**รายชื่อนักศึกษาที่อาจารย์ผู้สอนมีความประสงค์จะให้ลงทะเบียนกรณีพิเศษ**

รหัสวิชา ........... ชื่อวิชา ....................................................................................................

ประจำภาคการศึกษาที่ ............ ปีการศึกษา .............. จำนวน ................ คน ดังนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อ-สกุล | รหัสนักศึกษา | สาขาวิชา |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |