

# Controlled Document – CES

แบบยืนยันการจัดสอบ..... ภาคการศึกษาที่ ...../.....

สาขาวิชา.....

ที่	รหัสวิชา	ชื่อวิชา	วัน - เวลาสอบ	ยืนยันสอบ .... ชั่วโมง	ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนชั่วโมงสอบ	อาจารย์ผู้ประสานงาน ชื่อ- สกุล(ตัวบรรจง)

.....คนบดี

(.....)

วันที่.....

กรุณาส่งคืนศูนย์บริการการศึกษาทางโทรสาร (FAX) : 3010 ภายในวัน.....