

เอกสารแนบ ☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้กู้รับรองสำเนาถูกต้อง ☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครองรับรองสำเนาถูกต้อง	
 คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สัญญายืมเงินกรณีพิเศษ สัญญาเลขที่..... ภาคการศึกษา...../.....	
เรียน ผู้ช่วยคณบดีด้านพัฒนาคุณภาพนักศึกษา คณะเทคนิคการแพทย์ ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นางสาว..... รหัสประจำตัวนักศึกษา..... สาขาวิชา ☐ MT ☐ OT ☐ PT ☐ RT ☐ ST กำลังศึกษาชั้นปีที่ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ปีการศึกษา..... เบอร์โทรศัพท์..... ID Line..... e-mail..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้..... ชื่อผู้ปกครอง..... เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์ผู้ปกครอง..... มีความประสงค์ขอยืมเงินจากคณะเทคนิคการแพทย์เป็นกรณีพิเศษ (มากกว่า 10,000 บาท แต่ไม่เกิน 25,000 บาท) จำนวน..... บาท (.....) โดยจะนำเงินนี้ไปใช้เพื่อ..... เหตุผลที่ต้องการยืมเงินเป็นกรณีพิเศษ..... และจะใช้คืนภายในวันที่..... เดือน..... ปี..... (ภายในภาคการศึกษาที่ยืม) หากข้าพเจ้าไม่ชำระเงินคืนภายในเวลาที่ทำสัญญา ข้าพเจ้า ยินยอม ให้คณะเทคนิคการแพทย์เรียกเก็บเงินยืมคงค้างโดยจะเรียกให้ชำระรวมกับค่าธรรมเนียมการศึกษาในภาคการศึกษาปกติถัดไป และ/หรือ จะไม่ได้รับการเสนอชื่อเพื่อให้สำเร็จการศึกษาจนกว่าจะชำระเงินครบตามจำนวนเงินยืมคงค้าง และข้าพเจ้า ขอยืนยัน ว่าข้าพเจ้าไม่มีเงินยืมผูกเงินคงค้างกับคณะเทคนิคการแพทย์ ลงชื่อ.....ผู้ยืม (.....) วันที่.....	
☐ โปรดส่งจ่ายเช็คในนาม ☐ โปรดโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร..... เลขที่บัญชี..... ชื่อบัญชี.....	
เรียน คณบดี ☐ เห็นควรอนุมัติการยืมกรณีพิเศษ ☐ อื่น ๆ ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา (.....) วันที่.....	เรียน คณบดี ได้ตรวจสอบยอดเงินยืมของผู้ยืม ณ วันที่..... ☐ ไม่มีเงินยืมคงค้าง ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ (นางสาวธนภรณ์ ฉัตรเงิน) นักจัดการงานทั่วไป วันที่.....
เรียน คณบดี ☐ เห็นควรอนุมัติการยืมกรณีพิเศษ ☐ ข้อเสนออื่น ๆ ลงชื่อ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพื่อนใจ รัตตากร) ผู้ช่วยคณบดีด้านพัฒนาคุณภาพนักศึกษา วันที่.....	คำอนุมัติ ☐ อนุมัติให้ยืมเงินได้ตามเงื่อนไขในประกาศคณะเทคนิคการแพทย์ เรื่องหลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติการจ่ายเงินยืมผูกเงินนักศึกษาคณะเทคนิคการแพทย์ เป็นจำนวนเงิน.....บาท ☐ ข้อเสนออื่น..... ลงชื่อ..... (ศาสตราจารย์ ดร. ศาคร พรประเสริฐ) คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์ วันที่.....
ใบรับเงิน ข้าพเจ้าได้รับเงินเป็นจำนวน.....บาท (.....) เป็นการถูกต้องแล้วและ จะดำเนินการคืนภายในวันที่แจ้งในสัญญา ลงชื่อ..... (.....) วันที่.....	ใบรับคืนเงิน ได้รับคืนเงินยืม จำนวน.....บาท (.....) เรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ..... (.....) วันที่.....

คำยินยอมให้ทำสัญญากู้ยืมของผู้ปกครอง

วันที่.....

เขียนที่.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....สัญญาติ.....
เบอร์โทร.....ผู้ปกครองของ.....ได้รับทราบ
ข้อความในหนังสือสัญญายืมเงินคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ลงวันที่.....
ของ.....ประจำภาคการศึกษาที่.....ปีการศึกษา.....
ยอดยืมกู้ยืมจำนวน.....บาท(.....) กำหนดชำระคืนภายใน
วันที่.....เดือน.....ปี.....และรับทราบเงื่อนไขตามประกาศคณะเทคนิคการแพทย์ เรื่อง
หลักเกณฑ์ และแนวปฏิบัติการจ่ายเงินยืมฉุกเฉินของนักศึกษาคณะเทคนิคการแพทย์ แล้วยินยอม
ให้.....ทำสัญญานี้ได้ ทั้งนี้ หากผู้กู้มีการผิดนัดชำระ/ไม่สามารถชำระหนี้ได้
ตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมชำระหนี้แทนให้ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)