

เอกสารคำขอยืมเงินฉุกเฉิน

รับที่.....
วันที่.....
เวลา.....

ลำดับที่.....

ภาคการศึกษาที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอยืมเงินฉุกเฉิน

เรียน ประธานกลุ่มทุนการศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์

ข้าพเจ้า(นาย, นางสาว).....นามสกุล.....นักศึกษาชั้นปีที่.....
รหัสนักศึกษา.....สาขาวิชา.....อาจารย์ที่ปรึกษา.....
คะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคการศึกษาที่ผ่านมา.....โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อดี.....
กรณีพักอยู่หอใน หอ.....หมายเลขห้องพัก.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

มีความประสงค์จะขอยืมเงินฉุกเฉินเป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....บาทถ้วน)
เพื่อ.....
เนื่องจาก (ระบุเหตุผลให้ชัดเจน).....
.....
.....

ข้าพเจ้ารับทราบประกาศกองทุนคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรื่อง เงินยืมฉุกเฉินสำหรับ
นักศึกษาทันตแพทย์ระดับปริญญาตรี แล้ว และยินดีปฏิบัติตามโดยไม่มีเงื่อนไข และขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมด เป็นความจริง
และหากให้ข้อมูลเป็นเท็จ ยินดีชดใช้เงินคืนพร้อมค่าปรับ โดยจะระงับการกู้ยืมเงินตลอดสภาพการเป็นนักศึกษา และจะมีผลต่อ
การสำเร็จการศึกษางานกว่าจะดำเนินการชำระคืนเสร็จสิ้น

ลงชื่อ.....นักศึกษา
(.....)

ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา

.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ
(.....)
วันที่.....

หมายเหตุ

- 1. นักศึกษาจะต้องแนบเอกสารสำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง หรือ
สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง
- 2. หากให้ข้อมูลเป็นเท็จ ยินดีชดใช้เงินคืนพร้อมค่าปรับ เป็นเงิน 500 บาท
- 3. หน่วยกิจการนักศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์จะดำเนินการแจ้งผู้ปกครองทราบในภายหลัง

สัญญายืมเงินฉุกเฉิน
กองทุนคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เขียนที่.....คณะทันตแพทยศาสตร์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย,นางสาวนามสกุล.....อายุ.....ปี
เป็นนักศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ชั้นปีที่.....รหัสนักศึกษา.....
อาจารย์ที่ปรึกษาชื่อ.....

ผู้ปกครองชื่อ.....นามสกุล.....อยู่บ้านเลขที่.....
ชื่อหมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือผู้ปกครอง.....

ข้าพเจ้าตกลงจะชำระคืนเงินยืมฉุกเฉิน จำนวน.....บาท (.....บาทถ้วน)
แก่กองทุนคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในทันทีที่ข้าพเจ้าไม่ขาดแคลนเงินแต่ทั้งนี้จะชำระคืน
ให้เสร็จสิ้นภายใน 6 เดือน นับแต่ที่ข้าพเจ้าได้รับเงินยืมฉุกเฉินนี้ หากข้าพเจ้าไม่ชำระคืนเงินยืมฉุกเฉินให้แก่กองทุน
คณะฯ ภายในกำหนดเวลา **จะมีผลไม่ได้รับการพิจารณาให้ยืมเงินฉุกเฉินนี้อีกต่อไป และจะมีผลต่อการสำเร็จ
การศึกษาจนกว่าจะดำเนินการชำระคืนเสร็จสิ้น**

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความข้างต้นนี้ครบถ้วนแล้ว และรับที่จะปฏิบัติตามประกาศกองทุนคณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรื่อง เงินยืมฉุกเฉินสำหรับนักศึกษาทันตแพทย์ระดับปริญญาตรี และสัญญายืมเงินฉุกเฉิน
นี้อย่างเคร่งครัดทุกประการ

ลายมือชื่อ.....
(นาย,นางสาว.....)
นักศึกษาผู้ยืมเงินฉุกเฉิน

ลายมือชื่อ.....
(นาย,นางสาว.....)
เจ้าหน้าที่หน่วยกิจการนักศึกษา

ผลการพิจารณาของประธานกลุ่มทุนการศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์

อนุมัติ..... ไม่อนุมัติ.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ประธานกลุ่มทุนการศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์
วันที่.....

ข้าพเจ้าได้รับเงินยืม จำนวน.....บาท (.....)
ไปเป็นการถูกต้องแล้ว และจะคืนเงินภายในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อ.....ผู้รับเงินยืม วันที่.....

ลายมือชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน วันที่.....