

แบบฟอร์มขออนุญาตสลับวันลงปฏิบัติงานในคลินิก

คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขออนุญาตสลับคาบคลินิกลงปฏิบัติงานในคลินิก

เรียน อาจารย์/เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นางสาว

จำเป็นต้องสลับคาบคลินิกลงปฏิบัติงานคลินิก เนื่องจาก (ระบุเหตุผล – กรณีที่มีสาเหตุจากผู้ป่วย ให้ระบุชื่อผู้ป่วย/HN และงานที่จะทำด้วย)

โดยจะขอสลับคาบปฏิบัติงานคลินิกดังนี้

วัน เดือน ปี	เวลา	คลินิกที่ปฏิบัติงานเดิม	คลินิกที่ต้องการแลกเปลี่ยน ปฏิบัติงาน	แลกกับ นทพ. ชื่อ – สกุล

และขอขดเชยการสลับคาบดังนี้

วัน เดือน ปี	เวลา	คลินิกที่ปฏิบัติงานเดิม	คลินิกที่ต้องการแลกเปลี่ยน ปฏิบัติงาน	ขดเชยกับ นทพ. ชื่อ – สกุล

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุญาต

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

นักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่

นักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่

ผู้ขอสลับคาบ

ผู้รับสลับคาบ

ความเห็นอาจารย์ประจำสาขาวิชาที่รับสลับคาบ

อนุญาต ไม่อนุญาต ลงชื่อ.....

ความเห็นผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการศึกษาคลินิก

อนุญาต ไม่อนุญาต ลงชื่อ.....

หมายเหตุ การสลับคาบคลินิกจำเป็นต้องมีผู้รับสลับคาบทุกครั้ง

คำชี้แจงในการขออนุญาตสลับาบคลินิกลงปฏิบัติงานในคลินิก

1. นักศึกษาดาวนโหลดแบบฟอร์มได้ที่เว็บทันตแพทยศาสตร์ศึกษา/ขอรับแบบฟอร์มที่คลินิกรวม ชั้น 2 หรือ ขอรับแบบฟอร์มที่หน่วยทะเบียนฯ ชั้น 6
2. กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มให้ครบถ้วนชัดเจน โดยระบุคลินิกที่ปฏิบัติงานเดิม และคลินิกที่ต้องการแลกเปลี่ยนปฏิบัติงานให้ชัดเจน (main clinic : Perio, Oper, Endo, Prosth, Crown and Bridge, Prevent, OD /miscell : Pedo, Ortho, X-ray, OS, OM/OPT) ตามระเบียบการปฏิบัติงานในคลินิกทันตกรรมพร้อมมูล
3. ยื่นเอกสารต่ออาจารย์ประจำสาขาวิชาที่รับสลับาบ
4. ยื่นเอกสารต่อผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการศึกษาคลินิกเพื่อขออนุญาตสลับาบคลินิกลงปฏิบัติงานใน main clinic
5. ยื่นหนังสือ ณ คลินิกที่ประสงค์จะขอสลับาบคลินิกลงปฏิบัติงานในคลินิก และสำเนาเอกสารส่ง หน่วยทะเบียนฯ ชั้น 6

หมายเหตุ ในการขออนุญาตสลับาบคลินิกลงปฏิบัติงานในคลินิกต้องขอแลกล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วันทำการ และต้องมีผู้รับสลับาบทุกครั้ง