**บันทึกข้อความ**

**ส่วนงาน**.......................................................................................................โทร. .................................................

**ที่**.....................................................................................**วันที่**...............................................................................

**เรื่อง** ขอความอนุเคราะห์สนับสนุนค่ารักษาพยาบาล กรณีนิสิตขาดแคลนทุนทรัพย์

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนิสิต

ชื่อ-สกุลนิสิต

 ด้วย............................................................รหัสประจำตัวนิสิต..................................................
สาขา...............................................................................คณะ/วิทยาลัย................................................................
เข้ารับการรักษาพยาบาลที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี อันเนื่องมาจาก............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

โปรดระบุ สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ /โรค/อาการป่วยของนิสิต

 ในการนี้ คณะ/วิทยาลัย.................................................................ขอความอนุเคราะห์สนับสนุนค่ารักษาพยาบาล ตามจ่ายจริง เนื่องจาก.......................................................................................
..............................................................................................................................................................................

โปรดระบุ เหตุผลความจำเป็นในการขอสนับสนุนค่ารักษาพยาบาล เช่น ครอบครัวยากจน ครอบครัวล้มละลาย ผู้เป็นเสาหลักของครอบครัวเสียชีวิต เป็นต้น

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

 (.....................................................................)

 คณบดีคณะ/วิทยาลัย..................................