**แบบคำร้องเพื่ออุทธรณ์การตัดสินผลการศึกษา
รายวิชาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์**

**รายวิชาที่นักศึกษาประสงค์จะอุทธรณ์การตัดสินผลการศึกษา**

รหัสรายวิชา และชื่อรายวิชา ...............................................................................................

ชื่อ-นามสกุล นักศึกษา......................................................................เลขประจำตัวนักศึกษา.................................................

Email……………………………………………………………………….หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.............................................................

**ข้อมูลการประเมินตนเองของนักศึกษา**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| เกรดที่นิสิตได้ | ………………………………….. | เกรดที่นักศึกษาคาดว่าจะได้ | ............................................ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วิธีการประเมินผล** | **สัดส่วนการประเมินผล** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่นักศึกษาคาดว่าจะได้** | **คะแนนที่ได้จริง** | **หมายเหตุ** |
| (1)  |  |  |  |  |  |
| (2)  |  |  |  |  |  |
| (3)  |  |  |  |  |  |
| (4)  |  |  |  |  |  |
| (5)  |  |  |  |  |  |
| (6)  |  |  |  |  |  |
| (7)  |  |  |  |  |  |
| รวมคะแนนดิบ |  |  |  |  |  |
| รวมคะแนนดิบตามถ่วงน้ำหนัก (%) |  |  |  |  |  |

**วัตถุประสงค์ในการขออุทธรณ์**

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

 ลายมือชื่อ .............................................................................. นักศึกษาผู้อุทธรณ์

 วัน-เดือน-ปี

**บันทึกสำหรับอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาหลังจากแจ้งคะแนนและการให้คำปรึกษาแนะนำ**

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

 ลายมือชื่อ..........................................................อาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชา

 วัน-เดือน-ปี