

ผู้ส่ง

ชื่อ-สกุล.....

คณะ.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ผู้รับ

กองพัฒนานักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์ (กยศ.มข.)

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เลขที่ 123 หมู่ 16 ต.ในเมือง

อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

โทร. 084-4285994

แบบยืนยันการเบิกเงินฯ ภาคเรียนที่/..... **สำหรับนักศึกษาฝึกสอน ฝึกงาน ฝึกสหกิจ**

*****หมายเหตุ***** ให้แนบ.ทำ ในช่องความประสงค์ขอกู้ยืมเพื่อยืนยันความความถูกต้อง

ค่าเทอม

ค่าครองชีพ