คณะทันตแพทยศาสตร์

ใบทดลองลงทะเบียนเรียน

ชั้นปีที่.....ภาคเรียนที่..... ปีการศึกษา.....

รหัสวิชา	ชื่อวิชา	Credit	Sec.	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	วัน-เวลาสอบ			
				เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	Midterm	เวลา	Final	เวลา

(ส่วนนี้อาจารย์ที่ปรึกษาเก็บไว้)

....

ชื่อนักศึกษา รหัสนักศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษา

.....

คณะทันตแพทยศาสตร์

ใบทดลองลงทะเบียนเรียน

รหัสวิชา	ชื่อวิชา	Credit	Sec.	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	วัน-เวลาสอบ			
				เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	Midterm	เวลา	Final	เวลา

....

ชื่อนักศึกษา รหัสนักศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษา

ชั้นปีที่.....ภาคเรียนที่..... ปีการศึกษา.....

วัน	เวลา	08.00-08.50	09.00-09.50	10.00-10.50	11.00-11.50	12.00-12.50	13.00-13.50	14.00-14.50	15.00-15.50	16.00-16.50	17.00-17.50
จันทร์	รหัสวิชา										
	ตึก ห้อง										
อังคาร	รหัสวิชา										
	ตึก ห้อง										
พุธ	รหัสวิชา										
	ตึก ห้อง										
พฤหัสฯ	รหัสวิชา										
	ตึก ห้อง										
ศุกร์	รหัสวิชา										
	ตึก ห้อง										
เสาร์	รหัสวิชา										
	ตึก ห้อง										