**หนังสือแสดงความคิดเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา**

 ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

ประจำ / สาขาวิชา สำนักวิชา

เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาของ นาย / นางสาว รหัสนักศึกษา

นักศึกษาชั้นปีที่ สาขาวิชา

สำนักวิชา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

**ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา**

 -**ความสามารถในการให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการศึกษาของผู้ปกครอง / ผู้อุปการะ**

-**ข้อเสนอแนะอื่น ๆ** ลงชื่อ ( )

 วันที่ เดือน พ.ศ.

**หมายเหตุ** เอกสารส่วนนี้ อาจารย์ที่ปรึกษาส่งคืนที่งานทุนการศึกษา สำนักวิชาเภสัชศาสตร์ **โดยไม่ต้องผ่านนักศึกษา**

 เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาจัดสรรทุนแก่นักศึกษา (กรุณาส่งมาที่ pharmwu2019@gmail.com)

 สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ผศ.ดร.ภก.บุญส่ง หวังสินทวีกุล (โทร 72841 หรือ 099-301-4433)