แบบคำขอพิจารณาให้ความเห็นชอบหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์

☐ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ○ หลักสูตรใหม่ สาขาวิชา.....
○ หลักสูตรปรับปรุง สาขาวิชา.....
☐ หลักสูตรดุษฎีบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) ○ หลักสูตรใหม่ สาขาวิชา.....
○ หลักสูตรปรับปรุง สาขาวิชา.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า.....อายุ..... .....ปี
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์..... .....
อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง... .....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... .....
หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....
เป็น ☐ ผู้จัดตั้ง ☐ ผู้ดำเนินการ ☐ ผู้บริหารสถาบันการศึกษาของสถาบันการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชื่อ .....
ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง..... .....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร..... .....

ข้าพเจ้าขอยื่นคำขอต่อเลขาธิการ เพื่อขอความเห็นชอบหลักสูตร พร้อมหลักฐานประกอบการพิจารณาและค่าธรรมเนียม ดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอ จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถาบันการศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ (ยกเว้นกรณีผู้ยื่นคำขอเป็นส่วนราชการ)
๓. หลักฐานการเป็นผู้จัดตั้ง /ผู้ดำเนินกิจการ /ผู้บริหารสถาบันการศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หลักสูตร จำนวน ๕ เล่ม พร้อมแผ่นบันทึกข้อมูล
๕. ค่าธรรมเนียมการให้ความเห็นชอบ/ไม่เห็นชอบหลักสูตร (สาขาวิชาละ ๒๐,๐๐๐ บาท)
ชำระเงินโดย ☐ เงินสด ☐ อื่นๆ .....เลขที่.....
๖. เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) จำนวน ๕ ชุด.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ให้ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่อง ❑ ตามที่ต้องการแจ้ง