



**แบบคำขอความเห็นชอบหลักสูตร**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี  
 อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....  
 เป็น  ผู้จัดตั้ง  ผู้ดำเนินการ  ผู้บริหารสถาบันการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์  
 ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
 หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....

ข้าพเจ้าขอยื่นคำขอต่อเลขาธิการเพื่อขอความเห็นชอบหลักสูตร.....

พร้อมหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑. หลักฐานประกอบคำขอ

- ๑.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอ จำนวน ๑ ชุด
- ๑.๒ เอกสารแสดงการเป็นผู้ดำเนินการ หรือผู้บริหารสถาบันการศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ
- ๑.๓ หลักฐานที่แสดงว่าหลักสูตรผ่านการอนุมัติจากสภาสถาบันการศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ
- ๑.๔ หลักฐานที่แสดงว่าหลักสูตรผ่านการอนุมัติจากสภาสถาบันการศึกษาที่รับสมทบ หรือเป็นสถาบันการศึกษาพี่เลี้ยง (กรณีที่เป็นสถาบันสมทบ หรือมีสถาบันการศึกษาพี่เลี้ยง) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๑.๕ หลักฐานข้อตกลงความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาพี่เลี้ยง และรายงานการประเมินตนเอง (กรณีเป็นหลักสูตรของสถาบันการศึกษาที่สภาการพยาบาลยังไม่ได้ให้การรับรองสถาบัน) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๑.๖ หลักสูตร จำนวน ๕ เล่ม พร้อมแผ่นบันทึกข้อมูล

๒. ค่าธรรมเนียมการพิจารณาให้ความเห็นชอบ/ไม่เห็นชอบหลักสูตร หลักสูตรละ ๒๐,๐๐๐ บาท

ชำระเงินโดย  เงินสด  อื่นๆ .....เลขที่.....

๓. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี).....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ให้ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่อง  ตามที่ต้องการแจ้ง