



## แบบคำขอพิจารณาให้ความเห็นชอบหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์

- หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  หลักสูตรใหม่ สาขาวิชา.....  
 หลักสูตรปรับปรุง สาขาวิชา.....
- หลักสูตรดุขฎีบัณฑิต (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  ผู้บริหารสถาบันการศึกษาของสถาบันการศึกษาวิชาชีพ

การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....

ข้าพเจ้าขอยื่นคำขอต่อเลขาธิการ เพื่อขอความเห็นชอบหลักสูตร พร้อมหลักฐานประกอบการพิจารณาและ  
ค่าธรรมเนียม ดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอ จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถาบันการศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ (ยกเว้นกรณีผู้ยื่นคำขอเป็นส่วนราชการ)
๓. หลักฐานการเป็นผู้จัดตั้ง /ผู้ดำเนินการกิจการ /ผู้บริหารสถาบันการศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หลักสูตร จำนวน ๖ 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