



แบบคำขอความเห็นชอบหลักสูตร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....

เป็น ผู้จัดตั้ง ผู้ดำเนินการ ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ของสถาบันการศึกษาวิชาชีพการ

พยาบาลและการผดุงครรภ์ชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....

ข้าพเจ้าขอขึ้นคำขอต่อเลขาริการ เพื่อขอความเห็นชอบหลักสูตร.....

พร้อมเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑. หลักฐานประกอบคำขอ

- ๑.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอ
- ๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถาบันการศึกษา
- ๑.๓ หลักฐานการเป็นผู้จัดตั้ง / ผู้ดำเนินการ / ผู้บริหารสถาบันการศึกษา

๒. เอกสารหลักสูตร ๔ ชุด

๓. เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี).....

๔. ค่าธรรมเนียม จำนวน ๕,๐๐๐ บาท เงินสด อื่นๆเลขที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ

๑. ให้ทำเครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่อง ตามที่ต้องการแจ้ง