



แบบคำขอความเห็นชอบหลักสูตร

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้จัดตั้ง/ผู้ดำเนินการ/ผู้บริหารสถาบัน ซึ่งเป็นเจ้าของหลักสูตรชื่อ.....

สถาบันวิชาชีพกายภาพบำบัดชื่อ.....

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ข้าพเจ้าขอยื่นคำขอต่อสภากายภาพบำบัด เพื่อขอความเห็นชอบหลักสูตรชื่อ.....

พร้อมเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑. หลักฐานประกอบคำขอ

- ๑.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอ
- ๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถาบัน
- ๑.๓ หลักฐานการเป็นผู้จัดตั้ง/ผู้ดำเนินการ/ผู้บริหารสถาบัน

๒. เอกสารหลักสูตร ซึ่งผู้ยื่นคำขอจะต้องใส่ข้อมูลตามที่สภากายภาพบำบัดประกาศกำหนดลงใน Google Drive ของสภากายภาพบำบัด

๓. เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี).....

๔. ค่าธรรมเนียม จำนวน.....บาท (.....)

เงินสด อื่น ๆเลขที่.....

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ให้ทำเครื่องหมาย “/” ในช่อง ตามที่ต้องการแจ้ง หรือขีดฆ่าคำ หรือข้อความที่ไม่ใช้