



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/ซอยถนน.....
 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. เอกสารหลักสูตรพร้อมแผ่นบันทึกข้อมูล จำนวน ๗ ชุด

๓. เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี).....

๔. ค่าธรรมเนียม จำนวน.....บาท (.....)

เงินสด อื่น ๆเลขที่.....

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ
 (.....)

หมายเหตุ ให้ทำเครื่องหมาย “/” ในช่อง ตามที่ต้องการแจ้ง หรือขีดฆ่าคำ หรือข้อความที่ไม่ใช่