

**แบบคำร้องขอปกปิดและไม่เผยแพร่ปริญญานิพนธ์**

**Request Form for Concealing Thesis Without Publication**

สำนักทะเบียนและประมวลผล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

 Registration Office, Chiang Mai University

 วันที่ เดือน พ.ศ.

 Date Month Year (BE/CE)

ข้าพเจ้า I am รหัสนักศึกษา Student ID .

นักศึกษาระดับ [ ]  ปริญญาเอก [ ]  ปริญญาโท [ ]  อื่นๆ หมายเลขโทรศัพท์

Study in Doctoral Degree Master’s Degree Other Telephone No.

หลักสูตร [ ]  ปกติ [x]  นานาชาติ [ ]  อื่นๆ email: .

Program Regular International other

สาขาวิชา Major วิศวกรรมชีวการแพทย์ แผน Plan

ส่วนงาน Faculty/College/Institute สถาบันวิศวกรรมชีวการแพทย์

มีความประสงค์ขอปกปิดและไม่เผยแพร่ [ ] ดุษฎีนิพนธ์ [ ]  วิทยานิพนธ์ปริญญาโท [ ]  การค้นคว้าอิสระ

Would like to request for concealing Dissertation Master’s Thesis Independent Study

พร้อมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง and also the data involved for the period of

 [ ]  6 เดือน [ ]  1 ปี [ ]  2 ปี [ ]  3 ปี [ ]  5 ปี [ ]  10 ปี

 6 months 1 year 2 years 3 years 5 years 10 years

เนื่องจาก with the reason specify below:

 (ลงนาม/Signature) นักศึกษา/Student

**ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาฯ/Advisor’s Opinion**

(ลงนาม/Signature) อาจารย์ที่ปรึกษาฯ/Advisor

 Date / /

**ความเห็นของประธานกรรมการบัณฑิตศึกษาประจำสาขาวิชา**

**Opinion of Chairman of the Graduate Program Committee**

(ลงนาม/Signature) Chairman

 Date / /

**ความเห็นของคณบดี/Opinion of Dean**

(ลงนาม/Signature) Dean

 Date / /