

**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  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 / /