



แบบคำร้องขอปกปิดและไม่เผยแพร่วิทยานิพนธ์
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

ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา/Advisor's Opinion

(ลงนาม/Signature).....อาจารย์ที่ปรึกษา/Advisor

Date...../...../.....

ความเห็นของประธานกรรมการบัณฑิตศึกษาประจำสาขาวิชา

Opinion of Chairman of the Graduate Program Committee

(ลงนาม/Signature).....Chairman

Date...../...../.....

ความเห็นของคณบดี/Opinion of Dean

(ลงนาม/Signature).....Dean

Date...../...../.....