|  |  |
| --- | --- |
| **เอกสาร**  **ONDE-AS-005** | **แบบขอยุติหน้าที่การเป็นผู้ประเมินหลักสูตร** |
| **กรุณากรอกข้อมูลรายละเอียดให้ครบถ้วน** | |
| **ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ประเมินหลักสูตร** | |
| **1.1 วันที่ยื่นขอยุติหน้าที่:** (วัน-เดือน-พ.ศ.) | |
| **1.2 ข้อมูลของผู้ประเมินหลักสูตร**  ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ปีเกิด\_\_\_\_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_\_  ตำบล/แขวง\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ตำแหน่ง\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ หน่วยงาน\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการยุติหน้าที่** | |
| **1.3 สาเหตุของการยุติหน้าที่**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  วันที่เริ่มยุติหน้าที่: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(วัน-เดือน-พ.ศ.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอยุติการทำหน้าเป็นผู้ประเมินหลักสูตร และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นตลอดจนข้อความในเอกสารหลักฐานที่แนบกับใบขอยุติหน้าที่เป็นจริงทุกประการ หากข้อความที่ชี้แจงแม้เพียงบางส่วนไม่เป็นความจริงข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้พิจารณาถือเป็นเหตุเพียงพอที่จะไม่พิจารณาต่อไป หรือยกเลิกที่พิจารณาไว้แล้วทั้งหมด  ลงชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ผู้ประเมินหลักสูตร)  ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **เอกสารหลักฐานที่ต้องส่งมาพร้อมใบขอยุติหน้าที่**  **🞎** 1. เอกสารหลักประกันทางสังคม  **🞎** 2. อื่นๆ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  หมายเหตุ: ผู้ทรงคุณวุฒิแจ้งขอยุติหน้าที่การเป็นผู้ประเมินหลักสูตรแก่ สดช. ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน ยกเว้น กรณีประสบอุบัติเหตุจนทุพพลภาพ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือเสียชีวิต ให้ผู้ได้รับมอบอำนาจ/ทายาทโดยธรรมแจ้งภายหลังจากเกิดกรณีดังกล่าวภายใน 7 วัน | |