



## สถาบันพระปกเกล้า

### หนังสือยินยอมของหัวหน้าหน่วยงาน (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า .....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ในฐานะหัวหน้าหน่วยงานของ.....

ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับหลักสูตรสัมฤทธิ์บัตรการให้บริการสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วม  
ของประชาชน รุ่นที่ 29 และเห็นชอบให้บุคคลผู้นี้ สมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าว และหากได้รับ  
การคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตร ข้าพเจ้ายินดีสนับสนุนบุคคลผู้นี้เข้าศึกษาและเข้าร่วมกิจกรรมทั้งปวง  
ตามที่สถาบันฯ กำหนดไว้ในหลักสูตรทุกประการ

ลายมือชื่อ .....

(.....)

วันที่ ...../...../.....