เขียนที่...................................................

.....................................................

 วันที่.......................................................

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ลงนามในหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

เรียน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก)

 ข้าพเจ้า..............................................รหัสประจำตัว........................................................นักศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิต หลักสูตร.......................................................................แขนงวิชา...............................................................................โทรศัพท์.......................................................................e-mail ............................................................................... มีความประสงค์ขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดลงนามในหนังสือที่แนบมาท้ายนี้ จะขอบพระคุณยิ่ง

 ขอแสดงความนับถือ

 (ลงชื่อนักศึกษา) .........................................................

 (……………………………………………………..)

 วันที่..............................................

เรียน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

 เพื่อโปรดลงนามในหนังสือที่แนบมาท้ายนี้

 (ลงชื่อ) .........................................................................

 (...........................................................................)

 (อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก)

**หมายเหตุ** เมื่อนักศึกษากรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ส่งเอกสารชุดนี้ไปที่อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก

**ประวัติผู้ทรงคุณวุฒิโดยสังเขป**

1. ชื่อ - สกุล ..............................................................................................................................................

 สถานที่ทำงาน ......................................................................................................................................

 วุฒิการศึกษา ........................................................................................................................................

 ประสบการณ์หรือความชำนาญ .............................................................................................................

2. ชื่อ - สกุล ..............................................................................................................................................

 สถานที่ทำงาน ......................................................................................................................................

 วุฒิการศึกษา ........................................................................................................................................

 ประสบการณ์หรือความชำนาญ .............................................................................................................

3. ชื่อ - สกุล ..............................................................................................................................................

 สถานที่ทำงาน ......................................................................................................................................

 วุฒิการศึกษา ........................................................................................................................................

 ประสบการณ์หรือความชำนาญ .............................................................................................................

4. ชื่อ - สกุล ..............................................................................................................................................

 สถานที่ทำงาน ......................................................................................................................................

 วุฒิการศึกษา ........................................................................................................................................

 ประสบการณ์หรือความชำนาญ .............................................................................................................

5. ชื่อ - สกุล ..............................................................................................................................................

 สถานที่ทำงาน ......................................................................................................................................

 วุฒิการศึกษา ........................................................................................................................................

 ประสบการณ์หรือความชำนาญ .............................................................................................................

6. ชื่อ - สกุล ..............................................................................................................................................

 สถานที่ทำงาน ......................................................................................................................................

 วุฒิการศึกษา ........................................................................................................................................

 ประสบการณ์หรือความชำนาญ .............................................................................................................



ที่ อว 0602.20(บ)/ว สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด

 จังหวัดนนทบุรี 11120

 วันที่..........................................

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

เรียน ......................................................................

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการดุษฎีนิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

 ด้วย.........................................รหัสประจำตัว.........................................นักศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิต

หลักสูตร..................................................แขนงวิชา.................................................... สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง..........................................................................

.......................................................................ตามโครงการดุษฎีนิพนธ์ที่แนบมาด้วยนี้ ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ ...........................................................อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก

 การจัดทำดุษฎีนิพนธ์ดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ดุษฎีนิพนธ์ไว้ชั้นหนึ่งแล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชาแนวปฏิบัติและสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย ทางสาขาวิชา จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้าน .................................................................................................ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาผู้นี้ด้วย สำหรับรายละเอียดอื่น ๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง

 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

#  ขอแสดงความนับถือ

 (รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)

 ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ขภาพ

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาวิทยาศาตร์สุขภาพ

โทรศัพท์ 02-504-8020 02-504-8034

เบอร์โทรศัพท์นักศึกษา ..................................

E-mail…………………………………………….……..