เขียนที่………………………………………

(วันที่)…………………………………………

เรื่อง ขอเสนอชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก)

 ด้วยข้าพเจ้า...........................…..................รหัสประจำตัว...............................นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตร.......................................................แขนงวิชา...............................................….......………………………

ชื่อหัวเรื่องดุษฎีนิพนธ์ (ภาษาไทย) ……………………………………………………………..……….…….…………………..

………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………
(ภาษาอังกฤษ) …………………………………………………………………………………………………….….…………………….

……………………………………………………………………………………………..……………………………………………………..

 มีความประสงค์ขอเสนอรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยดังนี้

1. ………………………………………………………….
2. ………………………………………………………….
3. ………………………………………………………….

 รายละเอียดประวัติของผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้
 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาต่อไปด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

 ด้วยความเคารพอย่างสูง

 ลงชื่อนักศึกษา ………………..…………………….……..

 (…………………………………..………..)

**ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก**

……………………………………………………………………………………………………………………………….………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….………………….

 …………………………….………………..

 (…………………………………………………)

 อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก

 วันที่ …….เดือน …….…………พ.ศ……….

**แบบเสนอชื่อบุคลากรภายใน/ภายนอกระดับปริญญาเอก**

# **ตำแหน่งผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย**

**1. ชื่อ – สกุลผู้ทรงคุณวุฒิ**…..……………………………………………………………………………………

**2. ตำแหน่งทางวิชาการ** …………………………………………………………………………………………

**3. ตำแหน่งทางบริหาร** ………………….………………………………………………………………………

**4. สถานที่ติดต่อ**

 ที่ทำงาน : …………………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………….. โทร. …………………………..

 ที่บ้าน : …………………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………….. โทร. …………………………….

1. **วุฒิการศึกษา**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับการศึกษา** | **วุฒิ** | **วิชาเอก** | **สถาบัน** | **ปีที่สำเร็จการศึกษา** |
| ปริญญาตรี |  |  |  |  |
| ปริญญาโท |  |  |  |  |
| ปริญญาเอก |  |  |  |  |
| อื่นๆ |  |  |  |  |

1. **ประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับหัวเรื่องดุษฎีนิพนธ์**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..…………………

…………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

1. **ประสบการณ์การทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวเรื่องดุษฎีนิพนธ์**

………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………….……………….……………….……………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………

#####

ที่ อว 0602.20(บ)/ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด

 จังหวัดนนทบุรี 11120

 (วันที่)…………..……………………………

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน **………………………............................…**

สิ่งที่ส่งมาด้วย เค้าโครงย่อดุษฎีนิพนธ์และ**….(แบบสอบถาม / แบบสัมภาษณ์)….**จำนวน 1 ชุด

 ด้วย **……..… (ชื่อนักศึกษา) ……………..……** นักศึกษาหลักสูตร....**…(ใส่ชื่อหลักสูตร)……**.............
**แขนงวิชา………………….(ใส่ชื่อวิชาแขนงวิชา)………..…** สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง**………….(ชื่อเรื่อง)……….….** อยู่ในความควบคุมดูแลของ **……….(ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก)………….** อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

 (รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)

 ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.02 504 8020, 02 504 8034

โทรสาร. 02 503 3570

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

E-mailนักศึกษา ……………………………………….