**รายละเอียดการขอทดลองเครื่องมือเพื่อประกอบการทำดุษฎีนิพนธ์**

**ในแบบ ดพ.วส.012**

1. ตำแหน่ง หรือ ชื่อ-นามสกุลของบุคคลที่ต้องทำหนังสือถึง…………….…………………………………..

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

1. สิ่งที่ส่งมาด้วย…… 1) แบบสอบถาม
2. 2) แบบสัมภาษณ์

 3) เครื่องมือการวิจัยแบบอื่นที่ใช้ (โปรดระบุ)………………………….

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

1. ชื่อ-นามสกุลนักศึกษา…………………………………………………………………………………..............................……
2. หลักสูตร....................................................................แขนงวิชา…………………………………………………………
3. หัวข้อดุษฎีนิพนธ์เรื่อง…………………………………………………………………………………...................................….

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

1. ชื่ออาจารย์ดุษฎีนิพนธ์หลัก………………………………………………………………………………............................……
2. บุคคลที่ขอทดลองเครื่องมือ …………………….............................................................………………………………..

7.1 …….………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. …………………………………………………………………………………………………………………………………….
	2. …………………………………………………………………………………………………………………………………….
	3. …………………………………………………………………………………………………………………………………….
1. สถานที่ขอทดลองเครื่องมือ (โปรดระบุชื่อหน่วยงานและ ที่อยู่ของหน่วยงาน)…..…

8.1 …………………………………………………………….………………………………………………………………………

 8.2 …………………………………………..…………..……………………………………………….……………………………

 8.3 ……………………………………………………………………………………………….……………………………………

 8.4 …………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. วิธีการเก็บข้อมูล…. 1) ให้ตอบแบบสอบถาม

 2) สัมภาษณ์

 3) ให้ตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์

1. 4) วิธีการอื่นที่ใช้ (โปรดระบุ)…………………………….……………..

 ……..…………………………………………………………………

1. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่……………….………ถึง วันที่…………………………….……

**แบบ ดพ.วส.012**

 เขียนที่………………………………………

 …………………………………….………..

(วันที่) …………………………………………

เรื่อง ขอหนังสือขอทดลองเครื่องมือ เพื่อประกอบการทำดุษฎีนิพนธ์

เรียน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก)

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

 ข้าพเจ้า**…………(ชื่อนักศึกษา)..……….**นักศึกษาหลักสูตร**................(ชื่อหลักสูตร).................................**
แขนงวิชา**…(ชื่อแขนงวิชา)…......................…………..**มีความประสงค์ขอหนังสือจากสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทดลองเครื่องมือ เพื่อประกอบการทำดุษฎีนิพนธ์ จาก**…….. (ใคร หน่วยงานใด)……………….**ระหว่าง**วันที่………………………** ถึง **วันที่……………………**ดังรายละเอียดในเอกสารแนบท้าย

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

 ด้วยความเคารพอย่างสูง

 ลงชื่อนักศึกษา………..……………………………

 (…………………….………….….....)

เรียน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

 เพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย

(ลงชื่อ)………………………………………………….

 (……………………………………………….)

 อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก

 วันที่ …….เดือน …….…………พ.ศ……….



ที่ อว 0602.20(บ)/ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด

 จังหวัดนนทบุรี 11120

 (วันที่) …………….………………………

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือ เพื่อประกอบการทำดุษฎีนิพนธ์

เรียน **……(1.บุคคลที่ทำหนังสือถึง)……..**

สิ่งที่ส่งมาด้วย **….(2.แบบสอบถาม / แบบสัมภาษณ์)….** จำนวน 1 ชุด

 ด้วย **……… (3.ชื่อนักศึกษา) ……………..……** นักศึกษาหลักสูตร**.........( 4.ใส่ชื่อหลักสูตร**)............... แขนงวิชา**…….(5.ใส่ชื่อแขนงวิชา) ……….......….** สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง**.(6.ชื่อเรื่อง).**อยู่ในความควบคุมดูแลของ **.(7.ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก)…….** อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก

 ในการทำดุษฎีนิพนธ์ในครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะทดลองเครื่องมือ เพื่อประกอบการทำดุษฎีนิพนธ์ โดยการทดลองเครื่องมือจาก**……….. (8.ใคร และ 8.หน่วยงานใด** *เช่น บุคลากรในฝ่าย..…***)…………** ซึ่งอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่านโดยใช้วิธีการ**….(9.ให้ตอบแบบสอบถาม /สัมภาษณ์)…** ระหว่าง**วันที่ ……(10.)…….** ถึง **วันที่……(10.)…………**

 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพจึงขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดพิจารณาอนุมัติให้นักศึกษาได้ทดลองเครื่องมือ เพื่อประกอบการทำดุษฎีนิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

 (รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)

 ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. 02 504 8020, 02 504 8034

โทรสาร. 02 503 3570

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

E-mailนักศึกษา………………………………………..

**สำเนาแจ้งท้าย** ขอทดลองเครื่องมือ

 1.

 2.