**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.