**รายละเอียดการขอเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำดุษฎีนิพนธ์**

**ใน แบบ ดพ.วส.013**

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

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

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

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

…………………………………………………..…………………..

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

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

1. ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก……………………………………………………………………………………
2. บุคคลที่ขอเก็บข้อมูล ……………………………………………………..

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

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

1. สถานที่ขอเก็บข้อมูล (โปรดระบุชื่อหน่วยงานและ ที่อยู่ของหน่วยงาน)…..…

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

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

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

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

1. วิธีการเก็บข้อมูล…. 1) ให้ตอบแบบสอบถาม

2) สัมภาษณ์

3) ให้ตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์

1. 4) วิธีการอื่นที่ใช้ (โปรดระบุ)…………………………….……………..
2. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่………………….………ถึง วันที่………………………….……

##### **แบบ ดพ.วส.013**

เขียนที่…………………………………

…………………………………………..

(วันที่) ……………………….…………….

เรื่อง ขอหนังสือขอเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำดุษฎีนิพนธ์

เรียน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก)

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

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

ด้วยความเคารพอย่างสูง

ลงชื่อนักศึกษา………………………..………………….

(…………………………….………….....)

เรียน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย

(ลงชื่อ……..………………………………………………….

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

อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก

วันที่..…….เดือน …….…………พ.ศ…………..

##### Description: http://www.siamganesh.com/all_gods/new/garuda/garuda3.jpg

ที่ อว 0602.20(บ)/ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด

จังหวัดนนทบุรี 11120

(วันที่) …………..……………………………

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล 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

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

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุมัติให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำดุษฎีนิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. 02 504 8020, 02 504 8034

โทรสาร. 02 503 3570

เบอร์โทรศัพท์ นักศึกษา ..................................

E-mail นักศึกษา………………………….............……..

**สำเนาแจ้งท้าย** ขอเก็บข้อมูล

1……..

2. ……..