**แบบการเสนอสอบวัดคุณสมบัติ (QUALIFYING EXAMINATION REQUEST FORM)**

**หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การสัตวแพทย์ (นานาชาติ)**

**Doctor of Philosophy Program in Veterinary Science (International Program)**

**คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Veterinary Medicine, Chiang Mai University**

**-------------------------------------------**

1. ชื่อ(Name)...................................... นามสกุล(Surname).................................... รหัส(code)..................................
2. แนวทางหัวข้อวิทยานิพนธ์ (Thesis title)

ภาษาไทย (Thai Title)........................................................................................................................................

ภาษาอังกฤษ (Thai Title))..................................................................................................................................

Keyword 1………………………………………………..

2………………………………………………..

3………………………………………………..

1. กำหนดสอบวันที่............. เดือน........................ พ.ศ............ เวลา................น. ห้อง...........................

Examination date..…….... Month………………….. Year........... Time………………. Room………………………..

1. คณะกรรมการสอบวัดคุณสมบัติ อย่างน้อย 3 คน โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักเป็นประธาน และในจำนวนนั้นให้มีคณะกรรมการ 1 คน มาจากสาขาวิชาเดียวกันหรือใกล้เคียงและไม่ใช่กรรมการที่ปรึกษาประจำตัวนักศึกษาปริญญาเอก (โปรดระบุด้วย) The qualifying examination committee at least 3 members. The committee will be headed by the chairperson of the student’s advisory committee. One of the committee members must be a person in the same or related field of study as the student but he/she cannot be a person who already served on the student’s advisory committee (Please specific).

1. ........................................................................... ประธานกรรมการ (Chairperson)

2. ........................................................................... กรรมการ (committee)

3. ........................................................................... กรรมการ (committee/not thesis advisor/co-advisor)

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

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

นักศึกษา (Student)

(Date) วันที่........เดือน.......................พ.ศ.................

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาทั่วไป**  **General Advisor’s opinion** | **ความเห็นประธานหลักสูตรฯ**  **Chairperson Graduate Program’s opinion** |
| …………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………..… | …………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………..… |
| Sign………………………………………………………………….. | Sign………………………………………………………………….. |
| **( )** | (Asst.Prof.Dr.Sukolrat Boonyayatra) |

**หมายเหตุ** ให้นักศึกษายื่นแบบการสอบนำเสนอสอบวัดคุณสมบัติมายังหน่วยบัณฑิตศึกษา คณะสัตวแพทยศาสตร์อย่างน้อย 2 อาทิตย์ก่อนสอบ โดยผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาทั่วไป

**Remark**  Please send the Qualifying Examination Request Form to the Graduate unit **at least 2 weeks before the examination.**