**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.**