



คำร้องขอสอบวัดคุณสมบัติ (Qualifying Examination)

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Qualifying Examination Request of the Faculty of Pharmacy, Thammasat

วันที่/เดือน/ปี Date.....

เรื่อง ขอสอบวัดคุณสมบัติ Request for Qualifying Examination

เรียน คณบดี Dear Dean.

ข้าพเจ้า ชื่อ-นามสกุล Name.....รหัสประจำตัว Student ID.....

แขนงวิชา Field of study.....

ระดับปริญญาเอก Doctoral Degree ☐ แผน 1.1 Plan 1.1 ☐ แผน 1.2 Plan 1.2

☐ แผน 2.1 Plan 2.1 ☐ แผน 2.2 Plan 2.2

เข้าศึกษาตั้งแต่ภาคเรียนที่ Enrolled from the semester.....ปีการศึกษา Academic Year.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ Mobile Number.....

มีความประสงค์จะขอสอบวัดคุณสมบัติประจำภาคการศึกษาที่ I would like to request a qualification exam for the semester...../.....

แบบการสอบ Type ☐ ข้อเขียน Written Exam ☐ สอบปากเปล่า Oral Exam

☐ สอบข้อเขียน และสอบปากเปล่า Written and Oral Exams

ซึ่งเป็นการยื่นขอสอบวัดคุณสมบัติ Requesting a Qualifying Examination ☐ ครั้งที่ 1 1st time ☐ ครั้งที่ 2 2nd time

โดยได้ชำระค่าธรรมเนียมแล้ว Paid with ☐ เงินสด Cash ☐ โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงเทพ เลขที่บัญชี 091-014259-5

Transferring to Bangkok Bank, Account No. 091-014259-5

ลงชื่อ.....นักศึกษา (Student's signature)

(.....)

วันที่ (Date)...../...../.....

กำหนดวันที่สอบข้อเขียน Written Exam Date Schedule

วันที่ Date..... เวลา Time.....น. (a.m./p.m.)

สถานที่สอบ Location of Examination.....ณ คณะเภสัชศาสตร์ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวม Faculty of Pharmacy, Thammasat

กำหนดวันที่สอบปากเปล่า Oral Exam Date Schedule

วันที่ Date..... เวลา Time.....น. (a.m./p.m.)

สถานที่สอบ Location of Examination.....ณ คณะเภสัชศาสตร์ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวม Faculty of Pharmacy, Thammasat

สำหรับเจ้าหน้าที่ For official use only (ความเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้อง: Advice/Recommendation)

1. ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก/ การค้นคว้าอิสระหลัก The main thesis/independent research advisor's comments ลงชื่อ Signature..... (.....) วันที่ Date...../...../.....	2. ความเห็นของประธานหลักสูตร The program chairman's comments ลงชื่อ Signature..... (รองศาสตราจารย์ ดร. เกสัชกรรัฐพล อาษาสุจริต) (Assoc. Prof. Dr. Rataphon Asasutjarit) วันที่ Date...../...../.....
3. เรียน ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา Dear Assistant Dean for Graduate Studies, นักศึกษามีคุณสมบัติครบที่จะสอบได้ เห็นควร The student has all the qualifications to take the exam. ☐ อนุมัติ Approved ☐ ไม่อนุมัติ Not approved ลงชื่อ Signature..... (รองศาสตราจารย์ ดร. เกสัชกรหญิงศรีวรรณ อีระมันคง) (Assoc. Prof. Dr. Sewan Theeramunkong) วันที่ Date...../...../.....	4. เรียน คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ Dear Dean of the Faculty of Pharmacy, ☐ อนุมัติ Approved ☐ ไม่อนุมัติ Not approved ลงชื่อ Signature..... (รองศาสตราจารย์ ดร. เกสัชกรรัฐพล อาษาสุจริต) (Assoc. Prof. Dr. Rataphon Asasutjarit) วันที่ Date...../...../.....