



คำร้องขอสอบวัดคุณสมบัติ (Qualifying Examination)

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ (นาย/ นาง/ นางสาว/ ยศ [เต็ม].....นามสกุล.....

รหัสประจำตัว.....แขนงวิชา.....

ระดับปริญญาเอก แบบ 1.1 แบบ 1.2 แบบ 2.1 แบบ 2.2

ประเภทหลักสูตร ภาคปกติ โครงการพิเศษ

เข้าศึกษาตั้งแต่ภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

มีความประสงค์จะขอสอบวัดคุณสมบัติ ประจำภาคการศึกษาที่...../.....

แบบการสอบ ข้อเขียน สอบปากเปล่า สอบข้อเขียน และสอบปากเปล่า

ซึ่งเป็นการยื่นขอสอบวัดคุณสมบัติ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2

โดยได้ชำระค่าธรรมเนียมแล้ว เงินสด โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงเทพ เลขที่บัญชี 091-014259-5

ลงชื่อ.....นักศึกษา

(.....)

วันที่...../...../.....

1. ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก/การค้นคว้าอิสระหลัก 2. ความเห็นของประธานหลักสูตร

.....
.....

.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)

วันที่...../...../.....

3. เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย นวัตกรรม และบัณฑิตศึกษา

นักศึกษามีคุณสมบัติครบที่จะสอบได้ เห็นควร

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
(.....)

วันที่...../...../.....

4. เรียน คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

เห็นควร

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
(.....)

วันที่...../...../.....

กำหนดวันที่สอบข้อเขียน

วันที่.....เวลา.....น. ถึง.....น. ห้อง.....ชั้น.....

อาคาร.....คณะ.....

กำหนดวันที่สอบปากเปล่า

วันที่.....เวลา.....น. ถึง.....น. ห้อง.....ชั้น.....

อาคาร.....คณะ.....