

แบบขอเนัดสอบวัดคุณสมบัตินำหรับหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต  
(Qualifying Examination)

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ภาคการศึกษา ..... ปีการศึกษา .....  
(ใช้ตัวพิมพ์เท่านั้น)

เรียน รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... รหัสประจำตัว ..... โทร ..... สาขาวิชา .....

ขอสอบวัดคุณสมบัตินำเนื่องจากมีคุณสมบัตินำเป็นไปตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

- **กรณีไม่ใช่หลักสูตรแบบต่อเนื่อง** ต้องสอบและได้สัญลักษณ์ S ภายใน 4 ภาคการศึกษา นับแต่ภาคการศึกษาแรกที่เข้าศึกษา
  - เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต (เกียรตินิยม)
  - เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต โดยได้ลงทะเบียนเรียนรายวิชาในหลักสูตรไม่ต่ำกว่า 12 หน่วยกิต และมีแต้มเฉลี่ยสะสมไม่น้อยกว่า 3.5 ขึ้นไป
  - เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาโทบัณฑิต
- **กรณีเป็นหลักสูตรแบบต่อเนื่อง**
  - เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต (เกียรตินิยม) **หรือ**
  - เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต โดยได้ลงทะเบียนเรียนรายวิชาในหลักสูตรไม่ต่ำกว่า 12 หน่วยกิต และมีแต้มเฉลี่ยสะสมไม่น้อยกว่า 3.5 ขึ้นไป
  - เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาโทบัณฑิต **ต้องสอบและได้สัญลักษณ์ S ภายใน 3 ภาคการศึกษานับแต่ภาคการศึกษาแรก**

ต้องสอบและได้สัญลักษณ์ S ภายใน 4 ภาคการศึกษา นับแต่ภาคการศึกษาแรกที่เข้าศึกษา

ได้ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการสอบวัดคุณสมบัตินำ รหัสรายวิชา..... ในภาคการศึกษา ..... ปีการศึกษา ..... (แบบหลักฐานประกอบ เช่น CR60 / CR54 / CR74 )

มีกำหนดการสอบวัดคุณสมบัตินำ วันที่ ..... เวลา ..... สถานที่..... โดยการสอบข้อเขียน และ  สอบปากเปล่า (ถ้ามี)

ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ .....

โดยคณะกรรมการบริหารหลักสูตรได้เสนอชื่อ คณะกรรมการสอบวัดคุณสมบัตินำ (ไม่น้อยกว่า 3 ราย) ดังนี้

- ..... ประธานกรรมการ (ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร/อ.ผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรมอบหมาย)
- ..... กรรมการ (อ.ประจำหลักสูตร)
- ..... กรรมการ (อ.ประจำ / อ.ประจำหลักสูตร)
- ..... กรรมการภายนอก (ถ้ามี)

ระบุต้นสังกัดของกรรมการภายนอก (เช่น คณะทันตแพทยศาสตร์ มศว.) .....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงนาม ..... ( ..... ) นิสิตผู้ยื่นคำขอ วันที่ ..... /...../.....	ลงนาม ..... ( ..... ) อาจารย์ที่ปรึกษา วันที่ ..... /...../.....
ลงนาม ..... ( ..... ) ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร วันที่ ..... /...../.....	เจ้าหน้าที่สำนักงานบัณฑิตศึกษาดำเนินการ ลงนาม ..... (รศ. ทพ. ดร.ไพโรจน์ หลินควนนท์) รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา วันที่ ..... /...../.....

หมายเหตุ

- คำสั่งคณะกรรมการสอบวัดคุณสมบัตินำจะส่งให้ภาควิชา/หลักสูตรทางระบบ lesspaper
- หลังยื่นแบบคำขอเนัดสอบแล้วภายใน 1 สัปดาห์ ให้นำใบสมัครติดต่อบรรณการภายนอก(ถ้ามี) หรือสอบถามสำนักงานบัณฑิตศึกษาทางโทรศัพท์ 02-218-9016, 02-218-9021