

งานบัณฑิตศึกษา

เลขที่รับ.....

วันที่...../...../.....



STIN-GRADT-18

แบบพิจารณาตรวจสอบรูปแบบวิทยานิพนธ์โดยงานบัณฑิตศึกษา

ชื่อ-นามสกุล.....รหัสนักศึกษา.....

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชา.....เบอร์ติดต่อ.....E-mail.....

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (Title)

ภาษาไทย

ภาษาอังกฤษ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม (ถ้ามี).....

ได้สอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ได้สอบวิทยานิพนธ์ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

มีความประสงค์ขอเสนอแบบพิจารณาตรวจสอบวิทยานิพนธ์ที่นักศึกษาได้รับปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการสอบฯ แล้ว เพื่อตรวจสอบรูปแบบ ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

ลงชื่อ.....นักศึกษา

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(.....)

วันที่...../...../.....

1) ผลการพิจารณาของเจ้าหน้าที่งานบัณฑิตศึกษา

ได้ตรวจรูปแบบวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาแล้ว มีความเห็นดังนี้

เข้าเล่มได้

แก้ไข (รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้)

หมายเหตุ : เมื่อแก้ไขเรียบร้อยแล้วต้องแนบต้นฉบับที่แก้ไขล่าสุดมาด้วย

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่งานบัณฑิตศึกษา

(.....)

วันที่...../...../.....

2) ความเห็นของคุณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา

มีมติ เห็นชอบ

ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....คุณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา

(.....)

วันที่...../...../.....

3) สำหรับนักศึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักเพื่อรับทราบ

ไม่ต้องแก้ไข

แก้ไข (รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้)

ลงชื่อ.....นักศึกษา

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(.....)

วันที่...../...../.....