



แบบขออนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ / การค้นคว้าอิสระ
และเสนอแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ / การค้นคว้าอิสระ
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์
 422 ถ.มรุพงษ์ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000
 โทรศัพท์ 0-3853-5430, 0-3850-0000 ต่อ 6350, 6352 โทรสาร 0-3853-5430

ชื่อนักศึกษา (นาย/นาง/นางสาว).....

นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา () ภาคปกติ () ภาคพิเศษ รหัสประจำตัว.....

- | | | | | | | |
|--------------|-------|----------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------|
| หลักสูตร () | ปร.ด. | สาขาวิชา | <input type="checkbox"/> | การจัดการเพื่อการพัฒนา | <input type="checkbox"/> | วิทยาศาสตร์ศึกษา |
| () | ค.ม. | สาขาวิชา | <input type="checkbox"/> | การบริหารการศึกษา | <input type="checkbox"/> | หลักสูตรและการสอน |
| () | ส.ม. | สาขาวิชา | <input type="checkbox"/> | การจัดการสุขภาพ | | |
| () | วท.ม. | สาขาวิชา | <input type="checkbox"/> | การจัดการอุตสาหกรรม | <input type="checkbox"/> | วิทยาศาสตร์ศึกษา |
| () | รป.ม. | สาขาวิชา | <input type="checkbox"/> | รัฐประศาสนศาสตร์ | | |
| () | บธ.ม. | สาขาวิชา | <input type="checkbox"/> | บริหารธุรกิจ | | |

ชื่อวิทยานิพนธ์/การค้นคว้าอิสระ: กรุณาเขียนตัวบรรจงภาษาอังกฤษเขียนอักษรตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น
(ภาษาไทย).....

.....

(ภาษาอังกฤษ).....

.....

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์/การค้นคว้าอิสระ

1. อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ชื่อ.....วุฒิ.....
ตำแหน่งทางวิชาการ.....
อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์
สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....E-mail.....
2. อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม (ถ้ามี) ชื่อ.....วุฒิ.....
ตำแหน่งทางวิชาการ.....
() อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์
() อาจารย์พิเศษ / ผู้ทรงคุณวุฒิ ตำแหน่งทางวิชาการ.....
สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....E-mail.....
3. อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม (ถ้ามี) ชื่อ.....วุฒิ.....
ตำแหน่งทางวิชาการ.....
() อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์
() อาจารย์พิเศษ / ผู้ทรงคุณวุฒิ ตำแหน่งทางวิชาการ.....
สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....E-mail.....

ผู้รับเสนอนามเป็นกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ / การค้นคว้าอิสระ รับประทาน

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ลงชื่อ.....นักศึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นประธานผู้รับผิดชอบหลักสูตร

สมควรอนุมัติ

ไม่สมควรอนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับบัณฑิตวิทยาลัย

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : 1. นำส่งคืนที่บัณฑิตวิทยาลัย
2. การเปลี่ยนแปลงชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์/การค้นคว้าอิสระ หรือเค้าโครงวิทยานิพนธ์/การค้นคว้าอิสระ หรือคณะกรรมการที่ปรึกษา นักศึกษาต้องนำเรื่องเสนอต่อคณะผู้รับผิดชอบหลักสูตรพิจารณา เพื่อเสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย