

แบบขอนัดสอบวัดคุณสมบัติสำหรับหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต
(Qualifying Examination)

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคการศึกษา ปีการศึกษา

(ใช้ตัวพิมพ์เท่านั้น)

เรียน รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... เลขประจำตัว

สาขาวิชา โทร

ขอสอบวัดคุณสมบัติเนื่องจากมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ข้อบังคับฯ ปี 2561 ดังต่อไปนี้

1. กรณีไม่ใช่หลักสูตรแบบต่อเนื่อง (สำหรับทันตกรรมจัดฟัน และ ทันตสาธารณสุขเท่านั้น)

(แบบ 1.2 และ 2.2) เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต (เกียรตินิยม)

(แบบ 2.2) เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต

(แบบ 1.1 และ 2.1) เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาโทบัณฑิต (ต้องสอบและได้สัญลักษณ์ S ภายใน 4 ภาคการศึกษา นับแต่ภาคการศึกษาแรกที่เข้าศึกษา)

} ต้องสอบและได้สัญลักษณ์ S ภายใน 5 ภาค
การศึกษา นับแต่ภาคการศึกษาแรกที่เข้าศึกษา

2. กรณีเป็นหลักสูตรแบบต่อเนื่อง (สำหรับชีววิทยาช่องปาก และ ทันตกรรมประดิษฐ์เท่านั้น)

2.1 (สำหรับนิสิตที่เข้าศึกษาในหลักสูตรหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิตตั้งแต่แรกเข้า)

(แบบ 1.2 และ 2.2) เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต (เกียรตินิยม)

(แบบ 2.2) เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต

(แบบ 1.1 และ 2.1) เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาโทบัณฑิต (ต้องสอบและได้สัญลักษณ์ S ภายใน 4 ภาคการศึกษา นับแต่ภาคการศึกษาแรกที่เข้าศึกษา)

} ต้องสอบและได้สัญลักษณ์ S ภายใน 5 ภาค
การศึกษา นับแต่ภาคการศึกษาแรกที่เข้าศึกษา

2.2 (สำหรับนิสิตที่เข้าศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต และเปลี่ยนระดับเป็นหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต ที่ได้รับอนุมัติ

การเปลี่ยนระดับการศึกษาจากสำนักทะเบียนแล้วเท่านั้น)

เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต (เกียรตินิยม) **หรือ**

เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต จากเดิมเป็นแผน ก1

โดยได้ลงทะเบียนเรียน ไม่น้อยกว่า 1 ภาคการศึกษา **หรือ**

เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต จากเดิมเป็นแผน ก2

โดยได้ลงทะเบียนเรียน รายวิชาในหลักสูตรไม่ต่ำกว่า

9 หน่วยกิต และ มีแต้มเฉลี่ยสะสมไม่น้อยกว่า 3.25 ขึ้นไป

} ต้องสอบและได้สัญลักษณ์ S ภายใน 5 ภาค
การศึกษา นับแต่ภาคการศึกษาแรกที่เข้าศึกษา

ได้ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการสอบวัดคุณสมบัติ (ต้องลงทะเบียนเรียน และยื่นสอบวัดคุณสมบัติภายในภาคการศึกษาเดียวกัน)

รหัสรายวิชา..... ในภาคการศึกษา ปีการศึกษา

แนบหลักฐานประกอบ ดังนี้ 1. CR60 และ 2. CR54 หรือ 3. CR74

4. หลักฐานการได้รับอนุมัติเปลี่ยนระดับการศึกษา (ส่วนหน้าทะเบียนชื่อ ในระบบสำนักทะเบียน)

มีกำหนดการสอบวัดคุณสมบัติ วันที่ เวลา สถานที่.....

โดย การสอบข้อเขียน หรือ การสอบปากเปล่า

ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรเรียบร้อยแล้ว ครั้งที่ เมื่อวันที่

โดยคณะกรรมการบริหารหลักสูตรได้เสนอชื่อ คณะกรรมการสอบวัดคุณสมบัติ (ไม่น้อยกว่า 3 ราย) ดังนี้

1. ประธานกรรมการ (ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร/อ.ผู้รับผิดชอบหลักสูตร
ที่ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรมอบหมาย)
2. กรรมการ (อ.ประจำหลักสูตร)
3. กรรมการ (อ.ประจำ / อ.ประจำหลักสูตร)
4. กรรมการ (อ.ประจำ)
5. กรรมการ (อ.ประจำ)
6. กรรมการภายนอก (ถ้ามี)

โปรดระบุต้นสังกัดของกรรมการภายนอก (เช่น คณะทันตแพทยศาสตร์ มศว.)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงนาม (.....) นิสิตผู้ยื่นคำขอ วันที่ /...../.....	ลงนาม (.....) อาจารย์ที่ปรึกษา วันที่ /...../.....
ลงนาม (.....) หัวหน้าภาควิชา / ประธานหลักสูตร วันที่ /...../.....	เจ้าหน้าที่สำนักงานบัณฑิตศึกษาดำเนินการ ลงนาม (รศ. ทพ. ดร.ไพโรจน์ หลินสุวรรณนท์) รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา วันที่ /...../.....

หมายเหตุ

1. คำสั่งคณะกรรมการสอบวัดคุณสมบัติจะส่งให้ภาควิชา/หลักสูตรทางระบบ lesspaper
2. หลังยื่นแบบคำขออนุญาตสอบแล้วภายใน 1 สัปดาห์ ให้นิสิตมาติดต่อขอรับจดหมายเชิญกรรมการภายนอก(ถ้ามี)
หรือสอบถามงานบริหารการศึกษาหลังปริญญาตรีทางโทรศัพท์ 02-218-9016, 02-218-9036