

แบบขอเนตสอบวัดคุณสมบัตินำหรับหลักสูตรปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต
(Qualifying Examination)

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคการศึกษา ปีการศึกษา

(ใช้ตัวพิมพ์เท่านั้น)

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิชาการและบัณฑิตศึกษา

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

สาขาวิชา โทร

ขอสอบวัดคุณสมบัตินำเนื่องจากมีคุณสมบัตินำเป็นไปตามเกณฑ์ข้อบังคับจุฬาลงกรณ์ ปี 2561 ดังต่อไปนี้

- ☐ 1. กรณีไม่ใช่หลักสูตรแบบต่อเนื่อง (สำหรับทันตกรรมจัดฟัน และ ทันตสาธารณสุขเท่านั้น)
- ☐ (แบบ 1.2 และ 2.2) เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต (เกียรตินิยม) } ต้องสอบและได้สัญลักษณ์ S ภายใน 5 ภาคการศึกษา นับแต่ภาคการศึกษาแรกที่เข้าศึกษา
- ☐ (แบบ 2.2) เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต
- ☐ (แบบ 1.1 และ 2.1) เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (ต้องสอบและได้สัญลักษณ์ S ภายใน 4 ภาคการศึกษา นับแต่ภาคการศึกษาแรกที่เข้าศึกษา)
- ☐ 2. กรณีเป็นหลักสูตรแบบต่อเนื่อง (สำหรับชีววิทยาช่องปาก และ ทันตกรรมประดิษฐ์เท่านั้น)
- 2.1 (สำหรับนิสิตที่เข้าศึกษาในหลักสูตรหลักสูตรปริญญาคุณวุฒิบัณฑิตตั้งแต่แรกเข้า)
- ☐ (แบบ 1.2 และ 2.2) เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต (เกียรตินิยม) } ต้องสอบและได้สัญลักษณ์ S ภายใน 5 ภาคการศึกษา นับแต่ภาคการศึกษาแรกที่เข้าศึกษา
- ☐ (แบบ 2.2) เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต
- ☐ (แบบ 1.1 และ 2.1) เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (ต้องสอบและได้สัญลักษณ์ S ภายใน 4 ภาคการศึกษา นับแต่ภาคการศึกษาแรกที่เข้าศึกษา)
- 2.2 (สำหรับนิสิตที่เข้าศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต และเปลี่ยนระดับเป็นหลักสูตรปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต ที่ได้รับอนุมัติการเปลี่ยนระดับการศึกษาจากสำนักทะเบียนแล้วเท่านั้น)
- ☐ เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต (เกียรตินิยม) หรือ } ต้องสอบและได้สัญลักษณ์ S ภายใน 5 ภาคการศึกษา นับแต่ภาคการศึกษาแรกที่เข้าศึกษา
- ☐ เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต จากเดิมเป็นแผน ก1 โดยได้ลงทะเบียนเรียน ไม่น้อยกว่า 1 ภาคการศึกษา หรือ
- ☐ เข้าศึกษาด้วยวุฒิปริญญาบัณฑิต จากเดิมเป็นแผน ก2 โดยได้ลงทะเบียนเรียน รายวิชาในหลักสูตรไม่ต่ำกว่า 9 หน่วยกิต และ มีแต้มเฉลี่ยสะสมไม่น้อยกว่า 3.25 ขึ้นไป
- ☐ ได้ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการสอบวัดคุณสมบัตินำ (ต้องลงทะเบียนเรียน และยื่นสอบวัดคุณสมบัตินำภายในภาคการศึกษาเดียวกัน) รหัสรายวิชา..... ในภาคการศึกษา ปีการศึกษา
- ☐ แนบหลักฐานประกอบ ดังนี้ ☐ 1. CR60 และ ☐ 2. CR54 หรือ ☐ 3. CR74
- ☐ 4. หลักฐานการได้รับอนุมัติเปลี่ยนระดับการศึกษา (ส่วนหน้าทะเบียนชื่อ ในระบบสำนักทะเบียน)
- ☐ มีกำหนดการสอบวัดคุณสมบัตินำ วันที่ เวลา สถานที่.....
- โดย ☐ การสอบข้อเขียน หรือ ☐ การสอบปากเปล่า

- ☐ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรเรียบร้อยแล้ว ครั้งที่ เมื่อวันที่
 โดยคณะกรรมการบริหารหลักสูตรได้เสนอชื่อ คณะกรรมการสอบวัดคุณสมบัติ (ไม่น้อยกว่า 3 ราย) ดังนี้
- ประธานกรรมการ (ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร/อ.ผู้รับผิดชอบหลักสูตร
ที่ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรมอบหมาย)
 - กรรมการ (อ.ประจำหลักสูตร)
 - กรรมการ (อ.ประจำ / อ.ประจำหลักสูตร)
 - กรรมการ (อ.ประจำ)
 - กรรมการ (อ.ประจำ)
 - กรรมการภายนอก (ถ้ามี)
- โปรดระบุต้นสังกัดของกรรมการภายนอก (เช่น คณะทันตแพทยศาสตร์ มศว.)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงนาม (.....) นิสิตผู้ยื่นคำขอ วันที่ /...../.....	ลงนาม (.....) อาจารย์ที่ปรึกษา วันที่ /...../.....
ลงนาม (.....) หัวหน้าภาควิชา / ประธานหลักสูตร วันที่ /...../.....	เจ้าหน้าที่สำนักงานบัณฑิตศึกษาดำเนินการ ลงนาม (ศ. ทพ. ดร.ธนภูมิ โอสธานนท์) รองคณบดีฝ่ายวิชาการและบัณฑิตศึกษา วันที่ /...../.....

หมายเหตุ

- คำสั่งคณะกรรมการสอบวัดคุณสมบัติจะส่งให้ภาควิชา/หลักสูตรทางระบบ lesspaper
- หลังยื่นแบบคำขออนัดสอบแล้วภายใน 1 สัปดาห์ ให้นิสิตมาติดต่อขอรับจดหมายเชิญกรรมการภายนอก(ถ้ามี)
หรือสอบถามงานบริหารการศึกษาลงปริญญาตรีทางโทรศัพท์ 02-218-9016, 02-218-9036