



ใบรับรองการเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

1. ชื่อ - สกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยหลัก (โปรดระบุตำแหน่ง เช่น รศ. นพ. / อ. ดร. นพ. / อ. พญ. / ผศ. ดร.)

.....

คณะ / ภาควิชา สาขาวิชา.....

E-mail โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. ชื่อ - สกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยร่วม (ถ้ามี)

คณะ / ภาควิชา สาขาวิชา.....

E-mail โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

3. ชื่อ - สกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยร่วม (ถ้ามี)

คณะ / ภาควิชา สาขาวิชา.....

E-mail โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

4. นักศึกษาในกลุ่มวิจัย

1. รหัสนักศึกษา..... ชื่อ-นามสกุล

2. รหัสนักศึกษา..... ชื่อ-นามสกุล

3. รหัสนักศึกษา..... ชื่อ-นามสกุล

4. รหัสนักศึกษา..... ชื่อ-นามสกุล

5. รหัสนักศึกษา..... ชื่อ-นามสกุล

ชื่อโครงการวิจัย

.....

ขอให้การรับรองว่าจะรับผิดชอบให้คำปรึกษากับนักศึกษาดังกล่าวข้างต้น เพื่อดำเนินการวิจัยใน คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

()

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมคนที่ 1

()

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมคนที่ 2

()

โปรด scan เอกสารนี้ ส่งผ่าน google form โดย scan QR Code ทางด้านขวา หากมีข้อสงสัยติดต่อ

คุณศุภนันท์ วัฒนบุตร โทร. 02-839-5211 E-mail: supanan.wat@mahidol.edu

โปรดดำเนินการภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2566



สำหรับส่งใบรับรอง