

**แบบฟอร์ม ขอยยเวลาศึกษาต่อ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล**

1. ชื่อนักศึกษา นาย / นาง / นางสาว / ยศ
2. เลขประจำตัว /
3. หลักสูตร ปกติ นานาชาติ ภาคพิเศษ ระดับการศึกษา ป.โท ป.เอก
สาขาวิชา คณะ / สถาบัน / วิทยาลัย
4. ลงทะเบียน วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ ครั้งแรก เมื่อภาคเรียนที่ ปีการศึกษา
5. สอบโครงร่าง วิทยานิพนธ์ / สารนิพนธ์ ปรากฏผล “ผ่าน” เมื่อวันที่
6. ได้รับอนุมัติหัวข้อ วิทยานิพนธ์ / สารนิพนธ์ ตามคำสั่งบัณฑิตวิทยาลัยที่ สั่ง ณ วันที่
7. ชื่อวิทยานิพนธ์ / สารนิพนธ์
8. รายนามคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ / สารนิพนธ์
ศ./ รศ./ ผศ./ นพ./ ดร. อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
ศ./ รศ./ ผศ./ นพ./ ดร. อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ศ./ รศ./ ผศ./ นพ./ ดร. อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ศ./ รศ./ ผศ./ นพ./ ดร. อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ศ./ รศ./ ผศ./ นพ./ ดร. อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
9. ได้ใช้เวลาศึกษาครบระยะเวลาสูงสุดที่ให้ใช้ในการศึกษาจำนวน ปี ปรากฏผลการศึกษาตาม Grade Report ที่แนบ
อายุการศึกษาจะสิ้นสุดในภาคเรียนที่ ปีการศึกษา
10. รายงานความก้าวหน้าการทำ วิทยานิพนธ์ / สารนิพนธ์ จนถึงปัจจุบัน
.....(เขียนรายงานเป็นเอกสารแนบท้าย).....
11. ปัญหา / อุปสรรค ที่ทำให้ไม่สามารถสอบป้องกัน วิทยานิพนธ์ / สารนิพนธ์ ได้ภายในระยะเวลาสูงสุดที่ให้ใช้ในการศึกษา
.....(เขียนรายงานเป็นเอกสารแนบท้าย).....
12. นักศึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักได้เคยร่วมกันแก้ไขปัญหา / อุปสรรค ที่เกิดขึ้นนี้หรือไม่ และดำเนินการอย่างไร
.....(เขียนรายงานเป็นเอกสารแนบท้าย).....
13. ขออนุมัติขยายเวลาศึกษาต่อในภาคเรียนที่ ปีการศึกษา
*เพื่อขอสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ / สารนิพนธ์ ภายในวันที่

*ต้องแนบหลักฐาน บข.2 กำหนดสอบวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์
ที่อาจารย์ที่ปรึกษาหลักและประธานหลักสูตรลงนามเรียบร้อยแล้ว เป็นหลักฐานประกอบด้วย

นักศึกษา ลงชื่อ

วันที่

AS - 3 - 15

แบบฟอร์ม ขอยยเวลาศึกษาต่อ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้ประชุม เมื่อวันที่ พิจารณาการขอยยเวลาศึกษาต่อ
ของ นาย / นาง / นางสาว / ยศ
และมีมติดังนี้

เห็นชอบ ให้ขยเวลาศึกษาต่อ เนื่องจาก

ไม่เห็นชอบ ให้ขยเวลาศึกษาต่อ เนื่องจาก

ลงนามรับรองมติข้างต้น

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ศ./ รศ./ ผศ./ นพ./ ดร.....) วันที่

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ศ./ รศ./ ผศ./ นพ./ ดร.....) วันที่

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ศ./ รศ./ ผศ./ นพ./ ดร.....) วันที่

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ศ./ รศ./ ผศ./ นพ./ ดร.....) วันที่

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ศ./ รศ./ ผศ./ นพ./ ดร.....) วันที่

รับทราบ และ เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ การขยเวลาศึกษาต่อ

..... ประธานหลักสูตร
(ศ./ รศ./ ผศ./ นพ./ ดร.....)

วันที่

รับทราบ และ เห็นชอบ การขยเวลาศึกษาต่อ ให้เสนอขออนุมัติไปยังคณบดีบัณฑิตวิทยาลัยต่อไปได้

รับทราบ และ ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก

..... คณบดี / ผู้อำนวยการ
(ศ./ รศ./ ผศ./ นพ./ ดร.....)

วันที่