**แบบฟอร์ม วต. 1**

**โครงร่างวิทยานิพนธ์**

1. **ชื่อวิทยานิพนธ์** (ภาษาไทย)

(ภาษาอังกฤษ)

คำสำคัญ (ภาษาไทย) ; ; ;

Keywords (ภาษาอังกฤษ) ; ; ;

1. **หลักสูตร**

🞏 วท.บ. เทคนิคการแพทย์

🞏 วท.บ. เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

🞏 วท.บ. รังสีเทคนิค

🞏 วท.บ. กายภาพบำบัด

🞏 ทัศนมาตรศาสตรบัณฑิต

1. **ชื่อนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์**
   1. ชื่อ-สกุล

โทรศัพท์

E-mail

* 1. ชื่อ-สกุล

โทรศัพท์

E-mail

* 1. ชื่อ-สกุล

โทรศัพท์

E-mail

1. **ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก/ร่วม**
   1. อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ชื่อ-สกุล

สังกัด

E-mail

* 1. อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

1. ชื่อ-สกุล

สังกัด

E-mail

1. ชื่อ-สกุล

สังกัด

E-mail

1. **ประเภทของการวิจัย**

🞏 การวิจัยพื้นฐาน

🞏 การวิจัยประยุกต์

🞏 การวิจัยและพัฒนา

1. **ความสำคัญและที่มาของปัญหา**

1. **วัตถุประสงค์ของวิทยานิพนธ์**

1. **ขอบเขตการวิจัย**

1. **ทบทวนวรรณกรรม**

1. **ระเบียบวิธีวิจัย**

1. **ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. **เอกสารอ้างอิง**

1. **ระยะเวลาในการดำเนินการ**

1. **แผนการดำเนินงาน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กิจกรรม** | **แผนการดำเนินงานปี พ.ศ. 2565-2566** | | | | | | | | | | |
| พ.ย. | ธ.ค. | ม.ค. | ก.พ | มี.ค. | เม.ย. | พ.ค. | มิ.ย. | ก.ค. | ส.ค. | ก.ย. |
| * 1. ...................................................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * 1. ...................................................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * 1. ...................................................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * 1. ...................................................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(หมายเหตุ ระบุเดือนตามที่ดำเนินการจริง)

1. **อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย**
2. **งบประมาณ**

* ทุนประเภทสนับสนุนวิทยานิพนธ์ปริญญาตรี 3,000 บาท
* ทุนประเภทพัฒนานิสิตสู่นักวิจัย 10,000 บาท

แหล่งทุน : โดยเบิกจ่ายจากเงินงบประมาณรายได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กองทุนวิจัย แผนงานวิจัยงานวิจัยพัฒนาและถ่ายทอดเทคโนโลยี สำนักงานเลขานุการคณะ หมวดเงินอุดหนุน โครงการส่งเสริมพัฒนาการวิจัย/นวัตกรรม (โครงการส่งเสริมงานวิจัยและพัฒนานวัตกรรม) \*\*หมายเหตุ ให้ตรวจสอบชื่อแหล่งทุนกับคุณสุวดี 0935499293 (ห้อง AHS 1414)

ลงชื่อ…………………………….............

( )

นิสิต

ลงชื่อ…………………………….............

( )

นิสิต

ลงชื่อ…………………………….............

( )

นิสิต

วันที่....................................................

ลงชื่อ…………………………….............

( )

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ลงชื่อ…………………………….............

( )

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ลงชื่อ…………………………….............

( )

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม