ภาคการศึกษาที่ ........... ปีการศึกษา ..............................

เรียน คณบดี (ผ่าน รองคณบดี)

**ภาควิชา/โครงการสอนร่วม**.....................................................................................................................................................................

มีความประสงค์ให้ หน่วยจัดการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จัดทำหนังสือเชิญอาจารย์พิเศษ

**ชื่ออาจารย์พิเศษ** นาย / นาง / นางสาว /ทพ./ทพญ. ..........................................................................................................................

**คุณวุฒิทางวิชาการ/วิชาชีพ** □ ป.ตรี หรือเทียบเท่า □ ป.โท หรือเทียบเท่า □ ป.เอก หรือเทียบเท่า

 □ อท. สาขา..................................................... □ วท. สาขา...................................................

 □ อื่นๆ ............................................................

ประสบการณ์ในสาขาวิชาชีพที่สอน ............. ปี **(หากมีคุณวุฒิป.ตรี ต้องมีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาที่สอนไม่น้อยกว่า 6 ปี)**

ตำแหน่งทางวิชาการ □ อ. □ ผศ. □ รศ. □ ศ. / ศ.คลินิก □ อื่นๆ โปรดระบุ ....................................................

**สถานที่ทำงาน**..........................................................................................................................................................................................

**การเชิญอาจารย์พิเศษ**  □ ไม่ต้องขออนุมัติผู้บังคับบัญชา □ ต้องขออนุมัติผู้บังคับบัญชา

**ผู้บังคับบัญชาของอาจารย์พิเศษที่ต้องขออนุมัติคือ (ระบุตำแหน่งให้ชัดเจนและถูกต้อง)**..................................................................

.................................................................................................................................................................................................................

**รายละเอียดการสอน (รหัสวิชาและชื่อวิชา กรุณาเขียนด้วยตัวอักษรภาษาอังกฤษเท่านั้น)**

รหัสวิชา...................................... ชื่อวิชา..................................................................................................................................................

ชั้นปีที่สอน □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **หัวข้อการสอน** | **วัน/เดือน/ปี****ที่สอน** | **เวลา****ที่สอน** | **จำนวนชั่วโมงที่สอน (ชั่วโมง)** |
| **ภาคทฤษฎี** | **ภาคปฏิบัติ** | **รวม** |
| Lab. | Clinic |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**(ระบุวันที่/เดือน/พ.ศ. ที่เชิญสอน-คุมคลินิกให้ครบถ้วน ทั้งนี้ในกรณีที่สอนหลายวันสามารถแนบกำหนดการสอนหรือตารางสอนเพิ่มเติมได้)**

**สถานที่สอน** ห้อง............................................................. ชั้น............. อาคาร......................................................................................

**รายละเอียดการขอเชิญสอนพิเศษนี้ติดต่อได้ที่** .............................................................................................. **(ผู้รับผิดชอบรายวิชา**)

ตำแหน่งทางวิชาการ □ อ. □ ผศ. □ รศ. □ ศ. / ศ.คลินิก เบอร์โทรศัพท์.......................................................

**หนังสือขอเรียนเชิญอาจารย์/หนังสือขออนุมัติผู้บังคับบัญชา ต้องการให้หน่วยจัดการศึกษาหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต**

□ ส่งกลับคืนไปยังอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาเพื่อนำไปให้อาจารย์พิเศษโดยตรง

□ ส่งทางไปรษณีย์ ไปยังสถานที่ทำงานของอาจารย์พิเศษและผู้บังคับบัญชา ดังนี้

 ชื่อหน่วยงาน..................................................................................................................................................................................

 สถานที่ตั้ง เลขที่............................ตรอก/ซอย......................................................ตำบล/แขวง....................................................

 อำเภอ/เขต...........................................................จังหวัด........................................................รหัสไปรษณีย์................................

ลงชื่อ ....................................................................... ลงชื่อ .......................................................................

 (......................................................................) (......................................................................)

 ผู้รับผิดชอบรายวิชา หัวหน้าภาควิชา/ประธานโครงการสอนร่วม

 วันที่.............เดือน...........................พ.ศ.................. วันที่.............เดือน............................พ.ศ..................

**หมายเหตุ** กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้ที่หน่วยจัดการศึกษาหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

1. สำหรับการเชิญอาจารย์พิเศษ ภายใน มหาวิทยาลัยมหิดล ล่วงหน้า 3 สัปดาห์
2. สำหรับการเชิญอาจารย์พิเศษ ภายนอก มหาวิทยาลัยมหิดล ล่วงหน้า 4 สัปดาห์