**แบบฟอร์ม 1**

**แบบยืนยัน**

**รูปแบบการตรวจประเมินคุณภาพภายในระดับหลักสูตร และรายชื่อหลักสูตรที่สุ่มตรวจประเมิน**

**ประจำปีการศึกษา 2562**

**คณะ.......................................**

**1. คณะ/หลักสูตร กรุณาเลือกรูปแบบการประเมินและยืนยันรายชื่อหลักสูตรที่สุ่มตรวจ พร้อมทั้งกำหนดวันจัดส่งรายงงานการประเมินตนเอง (SAR) ซึ่งมหาวิทยาลัยจะดำเนินการตรวจประเมิน หลังจากที่ได้รับรายงานการประเมินตนเองแล้ว 7 วันทำการ และจะดำเนินการแจ้งผลการตรวจประเมินให้แล้วเสร็จตามขั้นตอนที่กำหนด โดยมีจำนวน ………. หลักสูตร ดังนี้**

**- รูปแบบที่ 1** การประเมินแบบตรวจอ่านรายงานการประเมินตนเอง (SAR)

**- รูปแบบที่ 2** การตรวจประเมินผ่านระบบ CHE QA Online

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **หลักสูตร** | **ระดับปริญญา** | **เลือกรูปแบบ** | | **ระบุวันจัดส่งรายงาน**(ระหว่างเดือน ก.ค.-ส.ค.63) |
| **1.ตรวจอ่าน SAR** | **2.ตรวจผ่าน**  **CHE QA** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

**ระบุกรณีมีการเปลี่ยนแปลงรายชื่อหลักสูตรที่ได้รับการสุ่มตรวจประเมิน**...................................................

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

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

**2. โปรดระบุช่วงเวลาการตรวจประเมินหลักสูตรที่คณะดำเนินการตรวจประเมินเองระหว่างวันที่เดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2563** (กรณีหลักสูตรที่ไม่ได้รับการสุ่มตรวจประเมิน)

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

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

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

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

**กรุณาส่ง กลับมายังกองพัฒนาคุณภาพการศึกษา อาคารสิริคุณากร ชั้น 3**

**(ภายในวันที่ 29พฤษภาคม 2563) โทร.สาร 043-202193**