**รายชื่อผู้ตรวจประเมินคุณภาพการศึกษาภายใน ปีการศึกษา 2563 (ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2563 – 31 พฤษภาคม 2564)**

**ระดับหน่วยงานสนับสนุน (ระบุชื่อหน่วยงาน) กำหนดวันที่ตรวจประเมินฯ.....................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **หน่วยงาน** | **ชื่อ – นามสกุล****(ผู้ตรวจประเมินฯ)** | **สังกัด****(ผู้ตรวจประเมินฯ)** | **ตำแหน่ง****(ผู้ตรวจประเมินฯ)(โปรดระบุ ประเภทตำแหน่งด้วย)** | **ที่อยู่****(ผู้ตรวจประเมินฯ)** | **E-mail****(ผู้ตรวจประเมินฯ)** | **เบอร์โทร****(ผู้ตรวจประเมินฯ)** | **ระดับวุฒิการศึกษา/สาขาวิชาที่จบ****(ผู้ตรวจประเมินฯ)** | **คุณสมบัติเป็นผู้ขึ้นทะเบียนผู้ประเมินคุณภาพภายใน** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **🗆 หน่วยงานภายนอก (ระบุ)****................................................****🗆 มหาวิทยาลัย ลำดับที่.....วันที่เข้ารับการอบรม...........****🗆 อื่นๆ ระบุ………………….** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **🗆 หน่วยงานภายนอก (ระบุ)****................................................****🗆 มหาวิทยาลัย ลำดับที่.....วันที่เข้ารับการอบรม...........****🗆 อื่นๆ ระบุ………………….** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **🗆 หน่วยงานภายนอก (ระบุ)****................................................****🗆 มหาวิทยาลัย ลำดับที่.....วันที่เข้ารับการอบรม...........****🗆 อื่นๆ ระบุ………………….** |