

แบบฟอร์มขอรับบริการ EDS OBE Clinic

ข้อมูลผู้รับบริการ

ชื่อ-สกุลผู้เข้ารับบริการ:

(1)

(2)

(3)

หลักสูตร:

วันและเวลาที่ต้องการ: (ใส่ได้มากกว่า 1 วัน)

ผู้ประสานงานของหลักสูตร:

ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อ โทร.

มือถือ E-mail:

หัวข้อที่ต้องการให้ช่วยเหลือหรือขอคำแนะนำจากทีมงาน (เลือกหัวข้อพร้อมอธิบายรายละเอียด)

 Curriculum Design.....
..... Teaching & Learning Activities.....
..... Student Assessment.....
..... Regulation & Higher Education Standard.....
..... Self-Assessment Report (SAR).....
.....**** ทางทีมงาน EDS จะรีบติดต่อกลับเพื่อยืนยันวันและเวลานัดกับท่านอีกครั้ง****

OBE CLINIC : สำนักงานพัฒนาการศึกษาและบริการ (EDS) อาคาร CB4 ชั้น 8

โทร: 02-4708141 E-mail: obe.clinic.kmutt@gmail.com