

หลักฐานและเอกสารประกอบการสมัคร
หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข (ต่อเนื่อง)

ชื่อ-นามสกุลผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว)

โปรดเขียนเครื่องหมาย (✓) หน้าหลักฐานที่นำมาแสดง

1. ☐ ใบสมัคร (ติดรูปถ่ายและกรอกข้อมูลเกี่ยวกับผู้สมัครเรียบร้อยแล้ว)
2. ☐ สำเนาใบประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
3. ☐ สำเนาหลักฐานแสดงคะแนนผลการสอบ TU – Get
4. ☐ สำเนาบัตรประชาชน
6. ☐ สำเนาทะเบียนสมรส/ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล เฉพาะในกรณีที่ชื่อ-สกุลในเอกสารการสมัครไม่ตรงกัน
7. ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
8. ☐ หนังสือรับรองการเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุข หน่วยงานในสังกัดภาครัฐ มีอายุงานไม่ต่ำกว่า 2 ปี
(โดยต้องมีตราประทับของหน่วยงาน หากไม่มีตราประทับของหน่วยงานถือว่าเอกสารไม่สมบูรณ์)
9. ☐ สำเนาหลักฐานการโอนเงินค่าธรรมเนียมการสมัคร (พร้อมเขียนชื่อ – นามสกุล ลงในสำเนาหลักฐาน)
10. ☐ ผลการตรวจสุขภาพ รับรองผลโดยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าหลักฐานและเอกสารต่างๆ ที่นำมาประกอบการสมัครข้างต้นเป็นเอกสารที่ถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ หากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ตรวจพบภายหลังว่าข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัคร หรือหลักฐานเอกสารต่างๆ ของผู้สมัครไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง หรือเป็นเอกสารปลอม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จะไม่พิจารณาใบสมัครหรือให้พ้นสภาพนักศึกษาทันที ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จะไม่คืนเงินค่าสมัครในทุกกรณี

สำหรับเจ้าหน้าที่รับสมัคร

ได้ตรวจสอบหลักฐานการสมัครแล้ว ปรากฏผลดังนี้

- ☐ ผู้สมัครยื่นหลักฐานการสมัครครบตามประกาศเรื่องการรับสมัครฯ
- ☐ ผู้สมัครยื่นหลักฐานการสมัครไม่ครบยังขาดเอกสาร
 - 1)
 - 2)
 - 3)
- ☐ ขำระเงินค่าสมัครสอบแล้ว

ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่รับสมัคร

...../...../.....

คณะกรรมการออกข้อสอบและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในคณะทันตแพทยศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2569 ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่า

- ☐ มีสิทธิ์สอบตามคุณสมบัติของผู้สมัคร
- ☐ ไม่มีสิทธิ์สอบ ขาดคุณสมบัติ

ลงชื่อ.....

ประธานกรรมการการคัดเลือกฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ติดรูปถ่าย
ขนาด 2 นิ้ว

ใบสมัครสอบคัดเลือก

หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข (ต่อเนื่อง) ปีการศึกษา 2569

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจงและทำเครื่องหมาย ✓ ในหน้าข้อความที่ตรงกับผู้สมัคร

ประวัติส่วนตัว

1. ชื่อ - นามสกุลผู้สมัคร (ภาษาไทย) นาย/นาง/น.ส.
(ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Miss
2. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ อื่นๆ (ระบุ)
3. เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน
4. เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
5. ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อระหว่างสมัครสอบ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....ไอดีไลน์ (LINE ID).....
โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail Address.....
6. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ.....
สถานที่ออกบัตร.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
7. ชื่อบิดา.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....
ชื่อสถานที่ทำงานรายได้/ปี.....
ที่ตั้งสถานที่ทำงาน
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์ (บ้าน)
โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail Address.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ
สถานที่ออกบัตร.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
8. ชื่อมารดา.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....
ชื่อสถานที่ทำงานรายได้/ปี.....
ที่ตั้งสถานที่ทำงาน
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์ (บ้าน)
โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail Address.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ
สถานที่ออกบัตร.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

9. สามี/ภรรยา.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....
 ชื่อสถานที่ทำงานรายได้/ปี.....
 ที่ตั้งสถานที่ทำงาน
 โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์ (บ้าน)
 โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail Address.....
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ.....
 สถานที่ออกบัตร.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

10. โปรดระบุระดับการศึกษาโดยเรียงจากระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ถึงระดับอุดมศึกษา

คุณวุฒิ ระบุวิชาเอก	สาขาวิชา	(GPAX)	ชื่อสถานที่ศึกษา	ปีที่สำเร็จ/ กำลังศึกษา
10.1 มัธยมศึกษาตอนต้น				
10.2 มัธยมศึกษาตอนปลาย				
10.3 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง				

ประวัติการทำงาน

11. ปัจจุบัน

หน่วยงาน.....
 สังกัด.....
 ที่อยู่ทำงาน.....
 ตำแหน่ง.....ลักษณะงาน.....
 เป็นเวลา.....ปี เงินเดือนประจำ.....บาท/เดือน

12. กรุณาเลือกข้อที่ตรงกับลักษณะการทำงานของท่านมากที่สุด

- ☐ ทำงานใน รพช. เป็นหลัก
☐ ทำงานใน PCC เป็นหลัก
☐ ทำงานใน รพ.สต. เป็นหลัก
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

13. ประสบการณ์การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชน (ถ้ามี)

ลักษณะงาน	สถานที่	ระยะเวลาการปฏิบัติงาน
13.1.....		
13.2.....		
13.3.....		

ประวัติอื่นๆ

14. ความสามารถพิเศษอื่นๆ

- 14.1..... ☐ ศึกษาด้วยตัวเอง ☐ มีผู้แนะนำ ☐ เข้าเรียนตามหลักสูตร
 14.2..... ☐ ศึกษาด้วยตัวเอง ☐ มีผู้แนะนำ ☐ เข้าเรียนตามหลักสูตร
 14.3..... ☐ ศึกษาด้วยตัวเอง ☐ มีผู้แนะนำ ☐ เข้าเรียนตามหลักสูตร

15. เหตุผลที่ท่านสมัครเข้าเรียนต่อในโครงการนี้

.....
.....

16. ท่านมีแผนการขอทุนค่าเล่าเรียนหรือไม่

(ค่าเล่าเรียน ภาคการศึกษาละ ไม่เกินสี่หมื่นบาท ตลอดหลักสูตรไม่เกิน 1.6 แสนบาท)

- ☐ จะสมัครขอรับทุนจากหน่วยงานต้นสังกัด
☐ จะออกค่าเล่าเรียนเอง

17. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จัดการเรียนการสอนแตกต่างจากคณะทันตแพทยศาสตร์ สถาบันอื่นๆ ท่านเข้าใจหลักการและปรัชญาการเรียนการสอนของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์อย่างไร

- ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ พอใช้ ☐ ยังไม่เข้าใจ

18. ผู้สมัครต้องรับรองตนเองในด้านคุณลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะเฉพาะ ถ้ามหาวิทยาลัย/คณะฯ ตรวจพบว่าไม่เป็นความจริงจะหมดสิทธิ์เข้าศึกษาทันที

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นที่ระบุไว้ในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....