

--	--	--

หลักฐานและเอกสารประกอบการสมัคร หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต สำหรับกลุ่มผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาอื่น

ชื่อ-นามสกุลผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว)

โปรดเขียนเครื่องหมาย (✓) หน้าหลักฐานที่นำมาแสดง

๑. ☐ ใบสมัครกรอกข้อมูลผู้สมัครเรียบร้อยแล้ว พร้อมติดรูปถ่ายขนาด ๒ นิ้ว ๑ รูป
๒. ☐ ใบรับรองคะแนนรายวิชาตลอดหลักสูตรในระดับปริญญา (Transcript) (กรณีจบหลักสูตรปริญญาต่อเนื่องจะต้องแนบเอกสารทั้ง ๒ หลักสูตร)
๓. ☐ หนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา ๒๕๖๔ ซึ่งมีการลงทะเบียนตั้งแต่ ๔๐ หน่วยกิต ขึ้นไป (เฉพาะผู้ที่ยังไม่สำเร็จการศึกษา)
๔. ☐ ใบรับรองคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX) จนถึงภาคเรียนสุดท้าย (เฉพาะผู้ที่ยังไม่สำเร็จการศึกษา)
๕. ☐ สำเนาใบปริญญาบัตร (เฉพาะผู้ที่สำเร็จการศึกษาและได้รับปริญญาบัตรเรียบร้อยแล้ว)
๖. ☐ สำเนาบัตรประชาชน
๗. ☐ สำเนาทะเบียนสมรส/ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล เฉพาะในกรณีที่ชื่อ-สกุลในเอกสารการสมัครไม่ตรงกัน
๘. ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
๙. ☐ หนังสือรับรองการดูงาน ในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข หรืออื่น ๆ ตามประกาศเรื่องการดูงานฯ (โดยต้องมีตราประทับของหน่วยงาน) และต้องดูงานมาไม่เกินระยะเวลา ๒ ปี (ดูงานตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒-ปัจจุบัน)
๑๐. ☐ สำเนาหลักฐานแสดงคะแนนผลการสอบ ๗ วิชาสามัญจากทปอ. ปี พ.ศ. ๒๕๖๔
๑๑. ☐ สำเนาหลักฐานการโอนเงินค่าธรรมเนียมการสมัคร (พร้อมเขียนชื่อ - นามสกุล ลงในสำเนาหลักฐาน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าหลักฐานและเอกสารต่าง ๆ ที่นำมาประกอบการสมัครข้างต้นเป็นเอกสารที่ถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ หากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ตรวจพบภายหลังว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัคร หรือหลักฐานเอกสารต่างๆ ของผู้สมัครไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง หรือเป็นเอกสารปลอม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จะไม่พิจารณาใบสมัครหรือให้พ้นสภาพนักศึกษาทันที ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จะไม่คืนเงินค่าสมัครในทุกกรณี

สำหรับเจ้าหน้าที่รับสมัคร

ได้ตรวจสอบหลักฐานการสมัครแล้ว ปรากฏผลดังนี้

- ☐ ผู้สมัครยื่นหลักฐานการสมัครครบตามประกาศเรื่องการรับสมัครฯ
- ☐ ผู้สมัครมีหลักฐานการศึกษา จำนวน หลักสูตร
- ☐ เกรดเฉลี่ย (GPAX) (๑)..... (๒).....
- ☐ ผู้สมัครสอบมีผลสอบ ๗ วิชาสามัญ ☐ มี ☐ ไม่มี
- ☐ ชำระเงินค่าสมัครสอบแล้ว
- ☐ ผู้สมัครยื่นหลักฐานการสมัครไม่ครบยังขาดเอกสาร
 - ๑)
 - ๒)
 - ๓)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับสมัคร
...../...../.....

คณะกรรมการออกข้อสอบและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในคณะทันตแพทยศาสตร์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่า

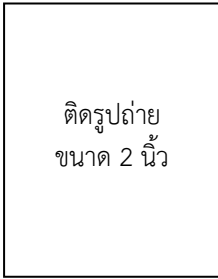
- ☐ มีสิทธิ์สอบตามคุณสมบัติของผู้สมัคร ☐ ไม่มีสิทธิ์สอบ ขาดคุณสมบัติ.....

ลงชื่อ.....

ประธานกรรมการคัดเลือกฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

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

กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและตรวจเอกสารให้เรียบร้อยแล้วส่งใบสมัคร



รหัสคณะ - เลขประจำตัวสอบ

๑๓ -

--	--	--

ใบสมัครสอบคัดเลือก

หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

(กลุ่มผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาอื่น) ปีการศึกษา ๒๕๖๕

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจงและทำเครื่องหมาย ✓ ในหน้าข้อความที่ตรงกับผู้สมัคร

ประวัติส่วนตัว

๑. ชื่อ - นามสกุลผู้สมัคร (ภาษาไทย) นาย/นาง/น.ส.

(ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Miss

๒. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ อื่นๆ (ระบุ)

๓. เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน วัน

๔. เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

๕. ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อระหว่างสมัครสอบ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (บ้าน).....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail Address.....

๖. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ.....

สถานที่ออกบัตร.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๗. ชื่อบิดา.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....

ชื่อสถานที่ทำงานที่ตั้งสถานที่ทำงาน

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์ (บ้าน).....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....รายได้ต่อเดือน.....

๘. ชื่อมารดา.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....

ชื่อสถานที่ทำงานที่ตั้งสถานที่ทำงาน

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์ (บ้าน).....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....รายได้ต่อเดือน.....

๙. ผู้ปกครองเชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....

ชื่อสถานที่ทำงานที่ตั้งสถานที่ทำงาน

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์ (บ้าน).....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....รายได้ต่อเดือน.....

๑๐. โปรดระบุระดับการศึกษาโดยเรียงจากระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ถึงระดับอุดมศึกษา

คุณวุฒิ(ระบุวิชาเอก)	สาขาวิชา	(GPAX)	ชื่อสถานที่ศึกษา	ปีที่สำเร็จ/กำลังศึกษา
๑๐.๑ มัธยมศึกษาตอนปลาย				
๑๐.๒ คณะ.....				
๑๐.๓ คณะ.....				

ประวัติครอบครัว

๑๑. สถานะของบิดามารดา

☐ บิดามารดา อยู่ด้วยกัน ☐ บิดามารดา แยกกันอยู่ ☐ บิดามารดา หย่าร้าง

๑๒. การศึกษา และอาชีพของพี่น้อง (รวมตนเองด้วย)

คนที่	เพศ	สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา	ระดับการศึกษา	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (เฉพาะที่ทำงานแล้ว)
๑				
๒				
๓				
๔				
๕				

ประวัติการทำงาน

๑๓. ปัจจุบันผู้สมัคร

☐ ไม่ได้ทำงาน(ข้ามไปข้อ ๑๔.) ☐ ทำงาน (กรอกรายละเอียด)

ตำแหน่ง.....ลักษณะงาน.....

สถานที่.....

เป็นเวลา.....ปี เงินเดือนประจำ.....บาท/เดือน

๑๔. เนื่องจากหลักสูตรนี้ต้องเรียนเต็มเวลา ๕ ปี ในกรณีที่ผู้สมัครกำลังทำงาน ท่านสามารถลาเรียนได้ตลอดหลักสูตร

☐ ได้ (ต้องมีหนังสือรับรองจากต้นสังกัดไม่ต่ำกว่าระดับอธิบดีหรือเทียบเท่า)

☐ ลาออกจากงาน ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

๑๕. ประสบการณ์การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชน (ถ้ามี)

ลักษณะงาน

สถานที่

ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

๑๕.๑.....

๑๕.๒.....

ประวัติอื่น ๆ

๑๖. ความสามารถพิเศษอื่น ๆ โปรดระบุ.....

๑๗. เหตุผลที่ท่านสมัครเข้าเรียนต่อในโครงการนี้

๑๘. ระหว่างการศึกษาตามโครงการนี้ท่านจะได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจาก

☐ บิดา/มารดา ☐ ตัวท่านเอง ☐ ญาติพี่น้อง ☐ อื่นๆ

๑๙. ท่านคาดว่าจะมีปัญหาทางการเงินระหว่างการศึกษา ☐ มี ☐ ไม่มี

๒๐. แนวทางการแก้ปัญหาทางการเงินระหว่างการศึกษา

๒๑. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จัดการเรียนการสอนแตกต่างจากคณะทันตแพทยศาสตร์ สถาบันอื่นๆ ท่านเข้าใจหลักการและปรัชญาการเรียนการสอนของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์อย่างไร
- ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ พอใช้ ☐ ยังไม่เข้าใจ
๒๒. ข้าพเจ้ายินดีทำสัญญาผูกพันแต่ฝ่ายเดียวหรือสัญญาเปิดเผยเพื่อให้สัญญาว่า จะปฏิบัติงานตามคำสั่งของคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ เมื่อสำเร็จการศึกษาในสถานที่ที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๓ ปีติดต่อกัน ตามระเบียบและเงื่อนไขของรัฐบาลกับกระทรวงสาธารณสุข แต่มิได้ผูกพันให้ส่วนราชการต้องบรรจุเข้ารับราชการเป็นข้าราชการหรือเป็นพนักงานในหน่วยงานของรัฐ
๒๓. ข้าพเจ้ารับทราบแล้วว่า หลังสำเร็จการศึกษาหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จำเป็นต้องเข้าสอบขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามหลักเกณฑ์ของทันตแพทยสภากำหนด หากสอบไม่ผ่านจะไม่สามารถประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้
๒๔. ในวันที่ขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี ข้าพเจ้าไม่มีชื่อในทะเบียนนักศึกษาหรือนิสิตของมหาวิทยาลัยหรือสถาบันอุดมศึกษาอื่นในประเทศไทย และหากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ตรวจและพบภายหลังว่า มีชื่อซ้ำซ้อนในสถาบันอุดมศึกษาอื่น ข้าพเจ้ายินดีให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ถอนชื่อจากการเป็นนักศึกษาทันทีโดยไม่มีข้อยกเว้นใดๆ ทั้งสิ้น
๒๕. ผู้สมัครต้องรับรองตนเองในด้านคุณลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะเฉพาะ ถ้ามหาวิทยาลัย/คณะฯ ตรวจพบว่าไม่เป็นความจริงจะหมดสิทธิ์เข้าศึกษาทันที

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นที่ระบุไว้ในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....