

แบบแสดงความจำนงเข้าศึกษา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระดับบัณฑิตศึกษา

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตแพทยศาสตร์

วิชาเอก..... ประจำปีการศึกษา 2568

เรียน คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว..... นามสกุล

คณะ สาขาวิชา

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อกับข้าพเจ้าได้ที่ บ้านเลขที่ หมู่..... ซอย

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

Email :

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในวงเล็บที่ท่านต้องการพร้อมลงชื่อ

() ขอยืนยันสิทธิการเข้าศึกษา

1. ข้าพเจ้ายินดีเข้าศึกษาในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปีการศึกษา 2568
2. ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ กฎ ระเบียบ และประกาศต่างๆ ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งบังคับแก่ข้าพเจ้า หรือนักศึกษา ของมหาวิทยาลัยฯ อย่างเคร่งครัด
3. หากข้าพเจ้ายืนยันสิทธิเข้าศึกษาเรียบร้อยแล้ว และไม่ได้มาลงทะเบียนเรียน หรือ สละสิทธิ การเข้าศึกษา ในภายหลัง ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดชื่อออกจากระบบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในใบสมัคร รวมทั้งเอกสารที่ให้ไว้กับคณะทันตแพทยศาสตร์ หรือ ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นความจริงทุกประการ ถ้าข้าพเจ้าให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีที่จะให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถอนชื่อของข้าพเจ้าออกจากกาเป็นผู้มีสิทธิเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(ลงชื่อ)ผู้รายงานตัว

วันที่/...../.....

() ขอสละสิทธิการเข้าศึกษา

ข้าพเจ้าขอสละสิทธิการเข้าศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา คณะทันตแพทยศาสตร์ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตแพทยศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2568

เนื่องจาก

(ลงชื่อ)ผู้สละสิทธิ

วันที่/...../.....