แบบแสดงความจำนงเข้าศึกษา
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระดับปริญญาตรี
หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข
ประจำปีการศึกษา 2569

เรียน คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว.. นามสกุล ....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อกับข้าพเจ้าได้ที่ บ้านเลขที่ ....หมู่......................ซอย ....
ถนน .... ตำบล/แขวง .... อำเภอ/เขต ....
จังหวัด .... รหัสไปรษณีย์ .... โทรศัพท์ ....
Email : .... Line ID : ....

โปรดทำเครื่องหมาย ✔ ลงในวงเล็บที่ท่านต้องการพร้อมลงชื่อ

( ) **ขอยืนยันสิทธิ์การเข้าศึกษา**

1. ข้าพเจ้ายินดีเข้าศึกษาในคณะ**ทันตแพทยศาสตร์** มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปีการศึกษา 2569
2. ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ กฎ ระเบียบ และประกาศต่างๆ ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งบังคับแก่ข้าพเจ้า หรือนักศึกษา ของมหาวิทยาลัยฯ อย่างเคร่งครัด
3. หากข้าพเจ้ายืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาเรียบร้อยแล้ว และไม่ได้มาลงทะเบียนเรียน หรือ สละสิทธิ์ การเข้าศึกษา ในภายหลัง ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดชื่อออกจากระบบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในใบสมัคร รวมทั้งเอกสารที่ให้ไว้กับคณะ**ทันตแพทยศาสตร์** หรือข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นความจริงทุกประการ ถ้าข้าพเจ้าให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีที่จะให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ถอนชื่อของข้าพเจ้าออกจากการเป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(ลงชื่อ) ....ผู้รายงานตัว
วันที่ ..../......................./...................

( ) **ขอสละสิทธิ์การเข้าศึกษา**

ข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์การเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะ**ทันตแพทยศาสตร์** หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา 2569
เนื่องจาก ....
....
....

(ลงชื่อ) ....ผู้สละสิทธิ์
วันที่ ..../......................./...................