

--	--	--

หลักฐานและเอกสารประกอบการสมัคร
หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต สำหรับกลุ่มผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาอื่น

ชื่อ-นามสกุลผู้สมัคร (นาย นาง นางสาว)

โปรดเขียนเครื่องหมาย (✓) หน้าหลักฐานที่นำมาแสดง

1. ใบสมัคร (ติดรูปถ่ายและกรอกข้อมูลเกี่ยวกับผู้สมัครเรียบร้อยแล้ว)
2. ใบรับรองคะแนนรายวิชาตลอดหลักสูตรในระดับปริญญา (กรณีจบหลักสูตรปริญญาต่อเนื่องจะต้องแนบเอกสารทั้ง ๒ หลักสูตร)
3. หนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2561 ซึ่งมีการลงทะเบียนตั้งแต่ 40 หน่วยกิต ขึ้นไป (เฉพาะผู้ที่ยังไม่สำเร็จการศึกษา)
4. ใบรับรองคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX) จนถึงภาคเรียนสุดท้าย (เฉพาะผู้ที่ยังไม่สำเร็จการศึกษา)
5. สำเนาใบปริญญาบัตร (เฉพาะผู้สำเร็จการศึกษาและได้รับปริญญาบัตรเรียบร้อยแล้ว)
6. สำเนาหลักฐานแสดงคะแนนผลการสอบ 7 วิชาสามัญจากสทศ. (กรณีเคยสอบ 7 วิชาสามัญจากสทศ. ปี พ.ศ. 2561)
7. สำเนาบัตรประชาชน (ถ่ายเอกสารหน้า-หลังให้อยู่ในหน้าเดียวกัน)
8. สำเนาทะเบียนสมรส/ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล เฉพาะในกรณีที่ชื่อ-สกุลในเอกสารการสมัครไม่ตรงกัน
9. สำเนาทะเบียนบ้าน
10. หนังสือรับรองการดูงาน หรือ การปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐหรืออื่นๆ (เฉพาะ ปี2560-2561) ตามประกาศเรื่องการดูงานฯ (โดยต้องมีตราประทับของหน่วยงาน หากไม่ตราประทับของหน่วยงานถือว่าเอกสารไม่สมบูรณ์)
11. รูปถ่าย ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (เขียนชื่อ-นามสกุลหลังรูป และใส่ซองใสเรียบร้อยแล้ว)
12. สำเนาหลักฐานการโอนเงินค่าธรรมเนียมการสมัคร (พร้อมเขียนชื่อ - นามสกุล ลงในสำเนาหลักฐาน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าหลักฐานและเอกสารต่างๆที่นำมาประกอบการสมัครข้างต้นเป็นเอกสารที่ถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ หากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ตรวจพบภายหลังว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัคร หรือหลักฐานเอกสารต่างๆ ของผู้สมัครไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง หรือเป็นเอกสารปลอม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จะไม่พิจารณาใบสมัครหรือให้พ้นสภาพนักศึกษาทันที ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จะไม่คืนเงินค่าสมัครในทุกกรณี

สำหรับเจ้าหน้าที่รับสมัคร

ได้ตรวจสอบหลักฐานการสมัครแล้ว ปรากฏผลดังนี้

- ผู้สมัครยื่นหลักฐานการสมัครครบตามประกาศเรื่องการรับสมัครฯ
- ผู้สมัครยื่นหลักฐานการสมัครไม่ครบยังขาดเอกสาร
 - 1)
 - 2)
 - 3)
- ชำระเงินค่าสมัครสอบแล้ว

ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่รับสมัคร

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

คณะกรรมการออกข้อสอบและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในคณะทันตแพทยศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2562 ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่า

- มีสิทธิ์สอบตามคุณสมบัติของผู้สมัคร
- ไม่มีสิทธิ์สอบ ขาดคุณสมบัติ.....

ลงชื่อ.....

ประธานกรรมการคัดเลือกฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

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

กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและตรวจเอกสารให้เรียบร้อยแล้วส่งใบสมัคร

รหัสคณะ - เลขประจำตัวสอบ

13-

--	--	--

ติครูบถ่าย
ขนาด 2 นิ้ว

ใบสมัครสอบคัดเลือก

หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

(กลุ่มผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาอื่น) ปีการศึกษา 2562

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจงและทำเครื่องหมาย ✓ ในหน้าข้อความที่ตรงกับผู้สมัคร

ประวัติส่วนตัว

- ชื่อ - นามสกุลผู้สมัคร (ภาษาไทย) นาย/นาง/น.ส.
(ภาษาอังกฤษ) Mr/Mrs/Miss
- สถานภาพ โสด สมรส หม้าย อื่นๆ (ระบุ)
- เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ..... ปี..... เดือน..... วัน.....
- เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
- ที่อยู่ที่จะตรวจในการติดต่อระหว่างสมัครสอบ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (บ้าน).....
โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail Address.....
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ.....
สถานที่ออกบัตร..... ออกให้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
- ชื่อบิดา..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อาชีพ.....
ชื่อสถานที่ทำงาน
ที่ตั้งสถานที่ทำงาน
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์ (บ้าน)
โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail Address.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ / ใบต่างด้าว.....
สถานที่ออกบัตร..... ออกให้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
- ชื่อมารดา..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อาชีพ.....
ชื่อสถานที่ทำงาน
ที่ตั้งสถานที่ทำงาน
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์ (บ้าน)
โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail Address.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ / ใบต่างด้าว.....
สถานที่ออกบัตร..... ออกให้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและตรวจเอกสารให้เรียบร้อยก่อนส่งใบสมัคร

9. ผู้ปกครองเชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....
 ชื่อสถานที่ทำงาน
 ที่ตั้งสถานที่ทำงาน
 โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์ (บ้าน)
 โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail Address.....
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ / ใบต่างด้าว.....
 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 คณะ.....
10.4 คณะ.....
10.5 คณะ.....

ประวัติครอบครัว

11. สถานะของบิดามารดา

- บิดามารดา อยู่ด้วยกัน บิดามารดา แยกกันอยู่ บิดามารดา หย่าร้าง

12. การศึกษา และอาชีพของพี่น้อง (รวมตนเองด้วย)

คนที่	เพศ	สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา	ระดับการศึกษา	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (เฉพาะที่ทำงานแล้ว)
1				
2				
3				
4				

ประวัติการทำงาน

13. ปัจจุบันผู้สมัคร

- ไม่ได้ทำงาน(ข้ามไปข้อ 14.) ทำงาน (กรอกรายละเอียด)

สถานที่.....

ตำแหน่ง.....ลักษณะงาน.....

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

14. เนื่องจากหลักสูตรนี้ต้องเรียนเต็มเวลา ๕ ปี ในกรณีที่ผู้สมัครกำลังทำงาน ท่านสามารถลาเรียนได้ตลอดหลักสูตร

ได้ (ต้องมีหนังสือรับรองจากต้นสังกัดไม่ต่ำกว่าระดับอธิบดีหรือเทียบเท่า)

ลาออกจากงาน

อื่น ๆ ระบุ.....

15. ประสบการณ์การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชน (ถ้ามี)

ลักษณะงาน	สถานที่	ระยะเวลาการปฏิบัติงาน
15.1.....
15.2.....
15.3.....

ประวัติอื่นๆ

16. ความสามารถพิเศษอื่นๆ

16.1..... ศึกษาด้วยตัวเอง มีผู้แนะนำ เข้าเรียนตามหลักสูตร

16.2..... ศึกษาด้วยตัวเอง มีผู้แนะนำ เข้าเรียนตามหลักสูตร

16.3..... ศึกษาด้วยตัวเอง มีผู้แนะนำ เข้าเรียนตามหลักสูตร

17. เหตุผลที่ท่านสมัครเข้าเรียนต่อในโครงการนี้

.....
.....

18. ระหว่างการศึกษาตามโครงการนี้ท่านจะได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจาก

บิดา/มารดา ตัวท่านเอง ญาติพี่น้อง อื่นๆ

19. ท่านคาดว่าจะมีปัญหาทางการเงินระหว่างการศึกษา

มี ไม่มี อื่นๆ

20. แนวทางการแก้ปัญหาทางการเงินระหว่างการศึกษา

.....
.....

21. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จัดการเรียนการสอนแตกต่างจากคณะทันตแพทยศาสตร์สถาบันอื่นๆ ท่านเข้าใจหลักการและปรัชญาการเรียนการสอนของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์อย่างไร

ดีมาก ดี พอใช้ ยังไม่เข้าใจ

22. ข้าพเจ้ายินดีทำสัญญาเข้ารับราชการหรือทำงานเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วตามระเบียบและเงื่อนไขของรัฐบาล

23. ข้าพเจ้ารับทราบแล้วว่า หลังสำเร็จการศึกษาหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จำเป็นต้องเข้าสอบเพื่อรับใบประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามที่ทันตแพทยสภากำหนด หากสอบไม่ผ่านจะไม่สามารถประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้

24. ในวันที่ขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาธรรมศาสตร์ ข้าพเจ้าไม่มีชื่อในทะเบียนนักศึกษาหรือนิสิตของมหาวิทยาลัยหรือสถาบันอุดมศึกษาอื่นในประเทศไทย และหากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ตรวจและพบภายหลังว่า มีชื่อซ้ำซ้อนในสถาบันอุดมศึกษาอื่น ข้าพเจ้ายินดีให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ถอนชื่อจากการเป็นนักศึกษาทันทีโดยไม่มีข้อยกเว้นใดๆ ทั้งสิ้น

25. ผู้สมัครต้องรับรองตนเองในด้านคุณลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะเฉพาะ ถ้ามหาวิทยาลัย/คณะฯ ตรวจสอบพบว่าเป็นความจริงจะหมดสิทธิ์เข้าศึกษาทันที

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นที่ระบุไว้ในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....