

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้สอบผ่านข้อเขียน กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย กสพท. ปีการศึกษา 2563

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เพื่อให้กระบวนการรับเข้านักศึกษาใหม่ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีการศึกษา 2563 เกิดประสิทธิภาพ จึงขอให้ผู้มีสิทธิสอบสัมภาษณ์จากผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ กลุ่ม กสพท. ได้ปฏิบัติตามเอกสารนี้

ตารางที่ 1 ข้อปฏิบัติเพื่อการสอบสัมภาษณ์ออนไลน์และการทดสอบสุขภาพจิตออนไลน์

วัน/เดือน/ปี	ข้อปฏิบัติ
8 – 10 พฤษภาคม 2563 ช่วงเตรียมเอกสาร และ เตรียมระบบการสื่อสาร	<p><b>เตรียมเอกสารและแจ้งผู้ปกครอง</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>ให้ผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ จัดเตรียมเอกสารหลักฐานประกอบการสัมภาษณ์ โดยหลักฐานที่ต้องเตรียม มีรายละเอียดดังตารางที่ 2</li><li>ให้แจ้งผู้ปกครองเพื่อเข้าร่วมการสอบสัมภาษณ์ออนไลน์ด้วย</li></ol> <p><b>เตรียมระบบการสื่อสาร Gmail, Zoom และ Line</b> ให้ผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ ปฏิบัติดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"><li>สร้างอีเมลบัญชีใหม่ ในระบบ gmail เพื่อ <u>ใช้เป็นช่องทางรับส่งเอกสารเพื่อการ login เข้าแอปพลิเคชัน ชุม</u> <u>และเพื่อการ login เข้าทดสอบสุขภาพจิต</u> โดยตั้งชื่อบัญชี gmail ด้วยรูปแบบดังนี้ ชื่อภาษาอังกฤษ.อักษรภาษาอังกฤษสามตัวแรกของชื่อสกุล@gmail.com ตัวอย่าง ผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ ชื่อ สมรัก ศักดิ์ศรีไทย ให้สร้างบัญชีอีเมลชื่อ somrak.sak@gmail.com</li><li>ส่งอีเมล โดยใช้บัญชี gmail ที่เตรียมไว้แล้ว ส่งมาที่ <a href="mailto:dentacademic@gmail.com">dentacademic@gmail.com</a> ให้ระบุชื่อเรื่องที่จะส่งว่า “แจ้งชื่อผู้สอบผ่านข้อเขียน กสพท. คณะทันตแพทยศาสตร์ ธรรมศาสตร์” ให้ แจ้งชื่อ – นามสกุล เลขประจำตัวสอบ เลขบัตรประชาชน และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ ในเนื้อความของอีเมล</li><li>ติดตั้งแอปพลิเคชัน ชุม <a href="https://zoom.us">https://zoom.us</a> ในเครื่องโทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ หรือแท็บเล็ตของผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ เพื่อ <u>ใช้เป็นช่องทางการสื่อสารในการสอบสัมภาษณ์แล้ว</u> ทดลองทำการ login ด้วยบัญชี gmail ที่สร้างไว้ในข้อ 1</li><li>บันทึกหมายเลข ผู้ประสานงานการสอบสัมภาษณ์คุณ สุพัฒตรา โทรศัพท์ 098-4463554 หรือแอปพลิเคชัน ไลน์ ID Line : aodpor121 เพื่อ <u>ทำการติดต่อในกรณีมีคำถามหรือมีเหตุฉุกเฉิน</u></li></ol>

ตารางที่ 1 ข้อปฏิบัติเพื่อการสอบสัมภาษณ์ออนไลน์และการทดสอบสุขภาพจิตออนไลน์ (ต่อ)

วัน/เดือน/ปี	ข้อปฏิบัติ
<p>11 พฤษภาคม 2563</p> <p>ข้อปฏิบัติ แอปพลิเคชัน ชุม</p> <p>ข้อปฏิบัติห้อง</p> <p>สอบสัมภาษณ์</p>	<p><b>ข้อปฏิบัติระบบสอบสัมภาษณ์ด้วย แอปพลิเคชัน ชุม</b></p> <p><b>เวลา 9.00 น.</b></p> <p>ให้ผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ ตรวจสอบกล่องข้อความใน gmail เพื่อรับรหัสห้องและรหัสผ่าน สำหรับข้อปฏิบัติระบบสัมภาษณ์ออนไลน์ และรับทราบเวลาที่เข้าระบบในวันสอบสัมภาษณ์ 13 พฤษภาคม 2563</p> <p><b>เวลา 11.00-13.00 น.</b></p> <p>ให้ผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ ทดลองข้อปฏิบัติ แอปพลิเคชัน ชุม เพื่อการสอบสัมภาษณ์ โดยใช้รหัสห้องสอบและรหัสผ่านที่ส่งให้ทางอีเมล</p> <p><b>หมายเหตุ</b> ในการซ้อมนี้ ผู้ปกครองอาจอยู่ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้</p>
<p>12 พฤษภาคม 2563</p> <p>ไปตรวจร่างกาย</p> <p>และส่งเอกสารทางอีเมล</p>	<p><b>ตรวจสุขภาพ</b></p> <p>ให้ผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ ดำเนินการตรวจสุขภาพร่างกายที่โรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพของรัฐ โดยใช้ฟอร์มการตรวจตามเอกสารแนบ 6</p> <p><b>ส่งเอกสารทางอีเมล</b></p> <p>ส่งอีเมล โดยใช้บัญชี gmail ที่เตรียมไว้แล้ว ส่งมาที่ <a href="mailto:dentacademic@gmail.com">dentacademic@gmail.com</a></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ระบุชื่อเรื่องที่จะส่งว่า “ส่งหลักฐานการสอบสัมภาษณ์และทดสอบสุขภาพจิต”</li> <li>2. ให้ แจ้งชื่อ – นามสกุล เลขประจำตัวสอบ เลขบัตรประชาชน และหมายเลขโทรศัพท์ ของผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ ในเนื้อหาของอีเมล</li> <li>3. ให้แนบไฟล์เอกสารหมายเลข 1 – 10 ตามที่ระบุไว้ในตารางที่ 2 มาด้วย ก่อนเวลา 20.00 น. (ยกเว้นเอกสารแนบ 8 สามารถส่งได้ภายในวันที่ 14 พฤษภาคม 2563)</li> </ol>

ตารางที่ 1 มีต่อในหน้าถัดไป

ตารางที่ 1 ข้อปฏิบัติเพื่อการสอบสัมภาษณ์ออนไลน์และการทดสอบสุภาพจิตออนไลน์ (ต่อ)

วัน/เดือน/ปี	ข้อปฏิบัติ
<p>13 พฤษภาคม 2563</p> <p>วันสอบสัมภาษณ์</p>	<p><b>การสอบสัมภาษณ์</b></p> <p>ให้ผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ และผู้ปกครอง เตรียมตัวเข้าระบบ แอปพลิเคชัน ชูม ตามลำดับที่แจ้งในอีเมล</p> <p><b>เวลา 9.00 น.</b></p> <p>เริ่มสอบสัมภาษณ์ผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ และผู้ปกครอง ลำดับที่ 1</p> <p><b>เวลา 15.00 น.</b></p> <p>สิ้นสุดการสอบสัมภาษณ์</p>
<p>14 พฤษภาคม 2563</p> <p>วันทดสอบสุภาพจิต</p>	<p><b>การทดสอบสุภาพจิตออนไลน์</b></p> <p><b>เวลา 8.30 น.</b></p> <p>ให้ผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ ตรวจสอบกล่องข้อความใน gmail เพื่อรับลิงค์ (link) เชื่อมโยงไปยังหน้าตอบแบบสอบถามการทดสอบสุภาพจิต link</p> <p><b>เวลา 9.00 น.</b></p> <p>ให้ผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ เริ่มตอบแบบทดสอบสุภาพจิต</p> <p><b>เวลา 11.00 น.</b></p> <p>สิ้นสุดการทำแบบทดสอบสุภาพจิต</p> <p>ผู้ประสานงานการทดสอบสุภาพจิต คุณศศิพิมล โทรศัพท์ 095-7589472</p>

ตารางที่ 2 หลักฐานประกอบการสัมภาษณ์ออนไลน์ ที่ต้องส่งภายในวันที่ 11 พฤษภาคม 2563

เอกสาร	คู่มือแนบ	ข้อปฏิบัติ
<b>เอกสารประเภทรับรองสำเนา</b>		
1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ที่ยังไม่หมดอายุ	ตัวอย่างเอกสาร 1	ลงลายมือชื่อรับรองสำเนา แปลงให้เป็น PDF ตั้งชื่อ สำเนาบัตรประชาชน.pdf
2. สำเนาใบ ปพ.1	ตัวอย่างเอกสาร 2	ลงลายมือชื่อรับรองสำเนา แปลงให้เป็น PDF ตั้งชื่อ สำเนาปพ.1.pdf
3. สำเนาใบ ปพ.2	ตัวอย่างเอกสาร 3	ลงลายมือชื่อรับรองสำเนา แปลงให้เป็น PDF ตั้งชื่อ สำเนาปพ.2.pdf
4. สำเนาทะเบียนบ้าน	ตัวอย่างเอกสาร 4	ลงลายมือชื่อรับรองสำเนา แล้วแปลงให้เป็น PDF ตั้งชื่อ ทะเบียนบ้าน.pdf
<b>เอกสารการเงิน</b>		
5. หลักฐานการชำระเงิน ค่าทดสอบสุขภาพจิต จำนวน 300 บาท ธนาคารกสิกรไทย สาขาคลองหลวง เลขบัญชี 178-2-41233-5 ชื่อบัญชี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	ไม่มีตัวอย่าง	แปลงให้เป็น PDF ตั้งชื่อ หลักฐานโอนเงิน.pdf
<b>เอกสารประเภทต้องพิมพ์ออกมารอก</b>		
6. เอกสารการตรวจสุขภาพฯ	เอกสารแนบ 6	พิมพ์เอกสารกรอกข้อมูลแล้ว นำติดตัวไปตรวจสุขภาพ พร้อมให้แพทย์ผู้ตรวจลงลายมือชื่อ แปลงให้เป็น PDF ตั้งชื่อ ตรวจสุขภาพ.pdf
7. เอกสารใบรายงานตัว	เอกสารแนบ 7	พิมพ์เอกสารออกมารอกข้อมูล แปลงให้เป็น PDF ตั้งชื่อ ใบรายงานตัว.pdf
8. เอกสารสำแดงการตรวจสุขภาพและยืนยัน การเข้าศึกษา	เอกสารแนบ 8	พิมพ์เอกสารออกมารอกข้อมูล แปลงให้เป็น PDF ตั้งชื่อ สำแดงยืนยัน.pdf
<b>เอกสารอื่น ๆ ถ้ามี</b>		
9. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล เฉพาะกรณีที่ชื่อ-สกุล ในหลักฐานไม่ตรงกัน	ไม่มีตัวอย่าง	(ถ้ามี) ลงลายมือชื่อรับรองสำเนา แปลงให้เป็น PDF ตั้งชื่อ สำเนาเปลี่ยนชื่อ.pdf
10. Portfolio ถ้ามี	ไม่มีตัวอย่าง	(ถ้ามี) ตั้งชื่อ Portfolio.pdf

ในวันเปิดภาคการศึกษา (รอประกาศ) ให้ผู้สอบผ่านข้อเขียนฯ

1. นำเอกสารกระดาษทั้งหมดตามตาราง

2. นำภาพติดบัตรขนาด 1.5 นิ้ว จำนวน 2 ภาพ

มายื่นที่ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ ชั้น 9

## วิธีเซ็นสำเนาเอกสารสำหรับการสมัครสอบ



ใช้สำหรับการสอบสัมภาษณ์ ทันต มธ เท่านั้น

1. ปิดทับบนเอกสาร
2. เขียนสำเนาถูกต้อง
3. เขียนชื่อ สกุล
4. เขียน "ใช้สำหรับสมัครสอบ  
(โครงการ+มหาวิทยาลัย) เท่านั้น"



ตัวอย่างเอกสาร 3 ปพ.2

ปพ.๒ : พ  
เลขที่ ๒๔



**กระทรวงศึกษาธิการ**  
ประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวกัญจนพร อัครวิรินทร์ชัย

เกิดวันที่ ๑๙ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒

เป็นผู้สำเร็จการศึกษาชั้นพื้นฐานตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน  
โรงเรียน สตรีวิทยา

อำเภอ/เขต พระนคร จังหวัด กรุงเทพมหานคร

เมื่อวันที่ ๓๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ขอให้มีความสุขสวัสดิ์เจริญเทอญ

  
 ประธานกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

  
 ผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการ

สำเนา ๒๕๖๑  
 อัครวิรินทร์ชัย  
 กัญจนพร



ตัวอย่างเอกสาร 4 สำเนาทะเบียนบ้าน

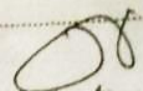
รายการเกี่ยวกับบ้าน เล่มที่ 1  
 สำนักทะเบียน อำเภอสามพราน

เลขที่สำเนียบ้าน 7306-042765-8

รายการที่อยู่ 88/72 หมู่ที่ 11  
 ตำบลไร่ขิง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

ชื่อหมู่บ้าน \_\_\_\_\_  
 ประเภทบ้าน บ้าน \_\_\_\_\_

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 21 มี.ย. 2537

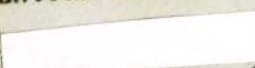
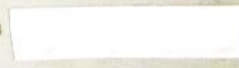
ลงชื่อ  นายทะเบียน  
 น.ส.ศิริจันทร์ อัครวรินทร์ชัย  
 วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 17 ก.พ. 2543

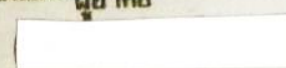
**สำเนาถูกต้อง**

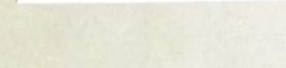
**กัญจนพร อัครวรินทร์ชัย**

---

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขที่สำเนียบ้าน 7306-042765-8 ลำดับที่ 2  
 ชื่อ ค.อ. กัญจนพร อัครวรินทร์ชัย สัญชาติ ไทย เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน  สถานภาพ **ผู้อาศัย** เกิดเมื่อ 

มารดาผู้ได้กำเนิด ชื่อ กานดา  สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ได้กำเนิด ชื่อ กิจไธย  สัญชาติ ไทย

\* พิกัด 164/135 ต.เพชรเกษม แขวงวัดท่าพระ กรุงเทพมหานคร เมื่อ 12 พ.ค. 2553

(นายพรชัย โปธก่องนาค)  
 ผู้ว่าราชการอำเภอสามพราน

นายทะเบียน

\*\* ไม้



## เอกสารแนบ 6

**รายการตรวจสอบสุขภาพผู้ผ่านการสอบข้อเขียนเพื่อเข้าศึกษา  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2563**

ผู้สอบผ่านการสอบข้อเขียนเข้าศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์จาก โรงพยาบาลของรัฐ โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราตรวจโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ และให้นำเอกสารชุดนี้ (ทั้งหมดรวม 3 หน้า) มาส่งในวันสอบสัมภาษณ์

**ข้อมูลส่วนตัว 1 (นักเรียนเป็นผู้กรอกด้วยตัวบรรจง)**

**1.1 ประวัติส่วนตัว**

ชื่อ – สกุล .....

วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี จังหวัดที่เกิด.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....

เลขที่สมัคร.....สมัครสอบ ณ ศูนย์สอบ.....

สถานที่ตรวจสอบสุขภาพ.....

จังหวัด .....

**1.2 ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบัน โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) ว่านักเรียนมีหรือไม่มีโรค**

รวมทั้งภาวะการเจ็บป่วยและความพิการ ดังต่อไปนี้

มี	ไม่มี	โรค	รายละเอียด
( )	( )	พิการทางร่างกาย	.....
( )	( )	สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์	.....
( )	( )	ติดยาเสพติด	.....
( )	( )	โรคพิษสุราเรื้อรัง	.....
( )	( )	โรคเท้าช้าง	.....
( )	( )	โรคเรื้อน	.....
( )	( )	ลมชัก	.....
( )	( )	โรคหัวใจ	.....
( )	( )	วัณโรค	.....
( )	( )	โรคเบาหวาน	.....
( )	( )	ความดันโลหิตสูง	.....
( )	( )	โรคไต	.....
( )	( )	ตาบอดสี	.....
( )	( )	สายตาไม่ปกติ (เช่น สายตาสั้น).....	.....
( )	( )	หูหนวก หูตึง หูน้ำหนวก	.....

มี	ไม่มี	โรค	รายละเอียด
( )	( )	เป็นไข้ พวดไม่ชัด ติดอ่าง	.....
( )	( )	โรคระบบทางเดินหายใจ	.....
( )	( )	โรคตีชาน ตับอักเสบ	.....
( )	( )	โรคไส้เลื่อน	.....
( )	( )	อุบัติเหตุ กระดูกหัก มีบาดแผล	.....
( )	( )	เคยได้รับการผ่าตัด	.....
( )	( )	อื่นๆ	.....

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ตัดสิทธิ์การศึกษาในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ลงชื่อ .....

(.....)

ชื่อนักเรียน

วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ.....

## ข้อมูลส่วนที่ 2 (แพทย์เป็นผู้กรอก)

### 2.1 การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก..... ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. อุณหภูมิ..... C  
 ชีพจร .....ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....mm.Hg  
 ความพิการที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและปฏิบัติงานวิชาชีพทันตกรรม.....  
 .....  
 .....

ระบบ	ปกติ	ผิดปกติ	อธิบาย
ระบบสายตา			
ระบบหู คอ จมูก			
ระบบผิวหนัง			
ระบบทางเดินหายใจ			
ระบบหัวใจและหลอดเลือด			
ระบบทางเดินอาหาร			
ระบบประสาท			

แพทย์ผู้ตรวจ..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....  
 (.....) วันที่.....

## 2.2 การตรวจทางรังสีวิทยา (เอกซเรย์)

รายงานผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST FILM PA: UP RIGHT)

.....  
.....  
.....

การแปลผล

ปกติ

ผิดปกติ.....

รังสีแพทย์..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....  
(.....) วันที่.....

## 2.3 การตรวจตาบอดสี

ตรวจโดยให้นักเรียนอ่าน ISHIHARA PLATE อย่างน้อย 12 PLATES

นักเรียนสามารถอ่านได้ถูกต้อง จำนวน..... PLATES

การแปลผล.....

จักษุแพทย์..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....  
(.....) วันที่.....

## 2.4 การตรวจการได้ยิน (Audiometry)

การแปลผล  ปกติ

ผิดปกติ.....

โสต ศอ นาสิกแพทย์..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....  
(.....) วันที่.....

## เอกสารแนบ 7

## ใบรายงานตัว

นักศึกษาโครงการรับตรงผ่านกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.)  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2563

ติดยุติ  
ขนาด 1.5 นิ้ว

โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจงและทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการให้ถูกต้องและครบถ้วน

1. ชื่อ – นามสกุล (ภาษาไทย) นาย/น.ส. ....  
(ภาษาอังกฤษ) Mr./Miss .....
2. เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... อายุ.....ปี.....เดือน
3. เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
4. ที่อยู่ี่สะดวกในการติดต่อ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....  
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทร(บ้าน).....  
โทรศัพท์เคลื่อนที่ ..... E-mail Address.....
5. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....  
สถานที่ออกบัตร.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....
6. ชื่อบิดา.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....  
ชื่อสถานที่ทำงาน .....  
ที่ตั้งสถานที่ทำงาน .....  
.....รายได้.....บาท  
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์ (บ้าน) .....  
โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail Address.....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ / ใบต่างด้าว.....  
สถานที่ออกบัตร.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....
7. ชื่อมารดา.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....  
ชื่อสถานที่ทำงาน .....  
ที่ตั้งสถานที่ทำงาน .....  
.....รายได้.....บาท  
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์ (บ้าน) .....  
โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail Address.....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ / ใบต่างด้าว.....  
สถานที่ออกบัตร.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและตรวจเอกสารให้เรียบร้อยถูกต้องก่อนส่ง



8. ผู้ปกครอง .....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....  
 ชื่อสถานที่ทำงาน .....  
 .....รายได้.....บาท  
 ที่ตั้งสถานที่ทำงาน .....  
 โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์ (บ้าน) .....  
 โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail Address.....  
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ / ใบต่างด้าว.....  
 สถานที่ออกบัตร.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

9. โปรดระบุระดับการศึกษาโดยเรียงจากระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย

คุณวุฒิ	ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา	ชื่อสถานที่ศึกษา
9.1 .....	.....	.....
9.2 .....	.....	.....
9.3 .....	.....	.....
9.4 .....	.....	.....

10. การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายผลการศึกษามีคะแนนเฉลี่ย.....

11. ในระหว่างการศึกษา ท่านจะได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากแหล่งใด

บิดา/มารดา  ตัวท่านเอง  ญาติพี่น้อง  อื่นๆ(ระบุ).....

12. ท่านคาดว่าจะมีปัญหาทางการเงินในระหว่างการศึกษา หรือไม่

มี  ไม่มี  อื่น ๆ (ระบุ).....

13. ท่านมีความเข้าใจในวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักนี้เพียงใด

ดีมาก  ดี  พอใช้  ยังไม่เข้าใจ

14. ข้าพเจ้ายินดีทำสัญญาเข้ารับราชการหรือทำงาน เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ตามระเบียบและเงื่อนไขของ  
 รัฐบาล

15. ในวันที่ขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาระบบราชการ ข้าพเจ้าไม่มีชื่อในทะเบียนนักศึกษาหรือนิสิตของมหาวิทยาลัย  
 หรือสถาบันอุดมศึกษาอื่นในประเทศไทย และหากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ตรวจสอบพบภายหลังว่า มีชื่อ  
 เข้าสอนในสถาบันอุดมศึกษาอื่น ข้าพเจ้ายินดีให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ถอนชื่อจากการเป็นนักศึกษาทันทีโดยไม่มี  
 ข้อข้อยกเว้นใดๆ ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นที่ระบุไว้ในใบรายงานตัวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## เอกสารแนบ 8



เอกสารสำแดงการตรวจสุขภาพและยืนยันการเข้าศึกษา  
หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต  
และหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2563  
กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

ตามที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ทั้งในประเทศและทั่วโลกและเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงในสถานการณ์ดังกล่าว และ  
สมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย ขอให้มีการปรับระบบการทำงานของ TCAS 63 เพื่อรองรับปัญหาการแพร่ระบาดของ COVID-19 นั้น  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ยังมีการสอบสัมภาษณ์ในรอบที่ 3 และมีความจำเป็นที่ต้องใช้ผลการตรวจสุขภาพเพื่อ  
ประเมินว่า ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และปราศจากโรค อาการของโรค หรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การ  
ปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพ โดยให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์และตรวจสุขภาพจัดทำเอกสารสำแดง ตามนี้

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว) ..... อายุ.....ปี โรงเรียน ..... จังหวัด .....  
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ ..... โทรสาร.....  
เป็นผู้มีสิทธิ์เข้ารับสอบสัมภาษณ์และตรวจสุขภาพในการสอบคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระบบรับตรงของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท) ปีการศึกษา 2563 รหัสประจำตัวสอบ  
..... ขอทำหนังสือให้ไว้กับคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ดังข้อความต่อไปนี้

ข้าพเจ้า รับทราบการเป็นผู้สอบผ่านการคัดเลือกมีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์และตรวจสุขภาพตามหลักสูตรข้างต้น **ขอยืนยัน**  
**ว่าจะเข้าศึกษา**ในหลักสูตรดังกล่าว ประจำปีการศึกษา 2563 ทั้งนี้จะปฏิบัติตามเงื่อนไขและให้ข้อมูลที่แท้จริงหากได้ทำการตรวจสอบภายหลัง  
แล้ว พบว่าข้าพเจ้าให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ จงใจปกปิดข้อมูล หรือการปลอมแปลงเอกสาร ข้าพเจ้าจะถูกถอนสภาพการเป็นนิสิต/ นักศึกษาของ  
สถาบันนั้นๆ ทันที

ข้าพเจ้าเป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบวิชาชีพแพทย์หรือทันต  
แพทย์หรือสัตวแพทย์หรือเภสัชกร ตามแนวทางคุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัครเข้าเรียนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตรทันตแพทยศาสตร  
บัณฑิต หลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต ของ กสพท ซึ่งได้ประกาศไว้บนเว็บไซต์ [www9.si.mahidol.ac.th](http://www9.si.mahidol.ac.th)  
หัวข้อคุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัครสอบฯ กสพท 2563 กรณีที่สถาบันมีข้อสงสัยหรือพบความผิดปกติด้านสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้สถาบัน  
สามารถกระทำการตรวจซ้ำได้ภายหลัง

ข้าพเจ้า **ขอสงวนสิทธิ์การเข้าศึกษา** ตามหลักสูตรดังกล่าวข้างต้น โดยจะไม่เรียกร้องสิทธิ์ใด ๆ ในการเข้าศึกษาหลังการยืนยันนี้  
และได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ .....ผู้ผ่านการสอบข้อเขียน  
(.....)  
วันที่.....เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2563

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า.....เป็นผู้ปกครองของนาย/นางสาว.....  
มีความสัมพันธ์โดยเป็น ..... ได้รับทราบข้อความข้างต้น และยินยอมให้มีการลงนามตามเอกสารนี้ทุกประการ

ลงชื่อ..... บิดา หรือ มารดา หรือ ผู้ปกครอง  
(.....)  
วันที่.....เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2563

หมายเหตุ ให้บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองของผู้สมัครฯ ที่ลงลายมือชื่อ แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และลงลายมือชื่อรับรองสำเนา  
ถูกต้องด้วย

ให้ส่งหนังสือฉบับนี้ภายใน **วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2563** ได้ทาง

E-mail: [dentacademic@gmail.com](mailto:dentacademic@gmail.com)

หากไม่ส่งจะถือว่าสงวนสิทธิ์การเข้าศึกษาในหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์