

แบบแสดงความจำนงเข้าศึกษา

หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข (หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2560) (หลักสูตรต่อเนื่อง)

ประจำปีการศึกษาที่ 2563

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เรียน คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว..... นามสกุล

คณะ สาขาวิชา

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อกับข้าพเจ้าได้ที่ บ้านเลขที่ หมู่..... ซอย

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

Email : Line ID.....

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บที่ท่านต้องการพร้อมลงชื่อ

() ขอยืนยันสิทธิ์การเข้าศึกษา

1. ข้าพเจ้ายินดีเข้าศึกษาในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปีการศึกษา 2563
2. ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ กฎ ระเบียบ และประกาศต่างๆ ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งบังคับแก่ข้าพเจ้า หรือนักศึกษา ของมหาวิทยาลัยฯ อย่างเคร่งครัด
3. หากข้าพเจ้ายืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาเรียบร้อยแล้ว และไม่ได้มาลงทะเบียนเรียน หรือ สละสิทธิ์ การเข้าศึกษา ในภายหลัง ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดชื่อออกจากระบบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในใบสมัคร รวมทั้งเอกสารที่ให้ไว้กับคณะทันตแพทยศาสตร์ หรือข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นความจริงทุกประการ ถ้าข้าพเจ้าให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีที่จะให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ถอนชื่อของข้าพเจ้าออกจากกรเป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(ลงชื่อ)ผู้รายงานตัว

วันที่/...../.....

() ขอสละสิทธิ์การเข้าศึกษา

ข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์การเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะทันตแพทยศาสตร์ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต

สาขาวิชาทันตสาธารณสุข (หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2560) (หลักสูตรต่อเนื่อง) ประจำปีการศึกษา 2563

เนื่องจาก

.....

.....

(ลงชื่อ)ผู้สละสิทธิ์

วันที่/...../.....