

**แบบแสดงความจำนงเข้าศึกษา**  
**คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระดับบัณฑิตศึกษา**  
**หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตแพทยศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2561**

- สาขาวิชาเอกทันตกรรมจัดฟัน
- สาขาวิชาเอกทันตกรรมประดิษฐ์

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 2560
2. ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ กฎ ระเบียบ และประกาศต่างๆ ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งบังคับแก่ข้าพเจ้า หรือนักศึกษา ของมหาวิทยาลัยฯ อย่างเคร่งครัด
3. หากข้าพเจ้ายินยอมให้เข้าศึกษาเรียบร้อยแล้ว และไม่ได้มาลงทะเบียนเรียน หรือ สละสิทธิ์ การเข้าศึกษา ในภายหลัง ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดชื่อออกจากระบบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในใบสมัคร รวมทั้งเอกสารที่ให้ไว้กับคณะทันตแพทยศาสตร์ หรือข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นความจริงทุกประการ ถ้าข้าพเจ้าให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีที่จะให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ถอนชื่อของข้าพเจ้าออกจากกรเป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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