



หนังสือขอยืนยันสิทธิ์/ สละสิทธิ์เข้าศึกษา
ในหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ)
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระบบรับตรงโดยคณะ ปีการศึกษา

ตามที่ข้าพเจ้า (นาย/ นางสาว)..... อายุ ปี
เลขที่ใบสมักร เลขประจำตัวประชาชน ปัจจุบันกำลังศึกษาที่
พักอาศัย ณ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน โทรมือ
ถือ..... Email address

- เป็นผู้ผ่านการคัดเลือกหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) ระบบรับตรงโดยคณะ
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา
- เป็นผู้ผ่านการคัดเลือกลำดับสำรองที่ หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ)
ระบบรับตรงโดยคณะ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา
- ข้าพเจ้าขอยืนยันประสงค์เข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร
นานาชาติ) คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีการศึกษา และจะไม่สละสิทธิ์การเป็นนักศึกษาของ
หลักสูตรภายหลัง และขอให้ส่งชื่อของข้าพเจ้าไปยังที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (ทปอ.) เพื่อดำเนินการบริหารจัดการสิทธิ์
ในระบบ clearing house และได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้
- ข้าพเจ้าได้รับทราบการเป็นผู้ผ่านการคัดเลือก หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ)
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีการศึกษา ข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์การเข้าศึกษานั้น และได้ลงลายมือ
ชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้

ลงชื่อ ผู้ผ่านการคัดเลือก
(.....)

ลงชื่อ บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครอง
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.



Confirmation/ Withdrawal of Enrollment

Mahidol University, Faculty of Dentistry, Doctor of Dental Surgery Program
(International Program) Academic Year 2020

My Name is (Mr. / Miss)..... Age: Applicant No.
Identification No. / Passport No. currently study/ graduate at
Address.....
.....
Home Phone No. Mobile Phone No. Email address

I am accepted to Doctor of Dental Surgery Program (International Program), Faculty of Dentistry, Mahidol University (direct admission). I would like to make a commitment to Faculty of Dentistry, Mahidol University.

I have been on the waiting list no. to Doctor of Dental Surgery Program (International Program), Faculty of Dentistry, Mahidol University (direct admission). I would like to make a commitment to Faculty of Dentistry, Mahidol University.

I confirm that I will enroll in Doctor of Dental Surgery Program (International Program) Academic Year 2020 at Faculty of Dentistry, Mahidol University and will not withdraw from the program and I consent MIDS to my information to proceed clearing house system with Council of University Presidents of Thailand (CUPT) and signed this form as evidence.

I acknowledge of the acceptance to Doctor of Dental Surgery Program (International Program) Academic Year 2020 and would like to waive the right of attending this program and signed this form as evidence.

Signature..... Candidate
(.....)

Signature Legal Guardian
(.....)

Signature Witness
(.....)

Date