



บันทึกข้อตกลงการรับทุนการศึกษา
โครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ มหาวิทยาลัยมหิดล
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า รหัสประจำตัวนักศึกษา
เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ เลขประจำตัวบัตรประชาชน
อยู่บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่
ที่อยู่ปัจจุบัน อยู่บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้กรณีเร่งด่วน

มีความประสงค์จะขอรับทุนโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program) และเข้าศึกษาตามแผนการศึกษาของโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการผลิตอาจารย์แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร สัตวแพทย์ นักวิจัย ที่มีคุณสมบัติพร้อมทั้งมีความรู้ทางวิชาการ มีความสามารถทางกาวิจัย และมีความเป็นครูที่ดี มีจริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ อันเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป จึงขอทำบันทึกตกลงไว้กับมหาวิทยาลัยมหิดล ดังนี้

ข้อ ๑ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะเข้าศึกษาตามแผนการศึกษาของโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อ

๑.๑ ศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (พ.บ.) / ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (ท.บ.) / เภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) / สัตวแพทยศาสตรบัณฑิต (สพ.บ.)

๑.๒ ศึกษาในระดับปริญญาตรี หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (วท.บ.) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชีวการแพทย์ (นานาชาติ) คณะวิทยาศาสตร์ และระดับดุษฎีบัณฑิตของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีกำหนดระยะเวลาการให้ทุนการศึกษาระดับปริญญาเอก ไม่เกิน ๔ ปี

๑.๓ กลับเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (พ.บ.) / ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (ท.บ.) / เภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) / สัตวแพทยศาสตรบัณฑิต (สพ.บ.) ทันที เมื่อสำเร็จการศึกษาตามข้อ ๑.๑

ข้อ ๒ ในระหว่างที่ข้าพเจ้าศึกษาตามแผนการศึกษาของโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล ตามบันทึกข้อตกลงนี้ ข้าพเจ้าทราบดีในฐานะที่เป็นนักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล ข้าพเจ้าจะตั้งใจและเพียรพยายามอย่างดีที่สุดในการศึกษาเล่าเรียน โดยจะไม่หลีกเลี่ยง ละเลย ทอดทิ้ง ยุติ หรือ เลิกการศึกษาก่อนสำเร็จการศึกษาตามแผนการศึกษาของโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้อ ๓ ถ้าข้าพเจ้าไม่ประพฤติ หรือไม่ปฏิบัติตาม ข้อ ๑ และ ข้อ ๒ ในประการหนึ่งประการใด จนเป็นเหตุให้มหาวิทยาลัยมหิดลยุติการให้ทุน หรือกรณีที่มหาวิทยาลัยมหิดลพิจารณาแล้วเห็นว่าข้าพเจ้าไม่อาจสำเร็จการศึกษาได้ตามหลักสูตร มหาวิทยาลัยมหิดลมีสิทธิ์ระงับซึ่งทุน และข้าพเจ้าจะต้องคืนเงินทุนที่ได้รับไปให้แก่มหาวิทยาลัยมหิดล เว้นแต่มีเหตุสุดวิสัยหรือเหตุหนึ่งเหตุใดที่มหาวิทยาลัยมหิดลพิจารณาแล้วเห็นว่าข้าพเจ้าไม่ต้องรับผิดชอบ

ข้อ ๔ ข้าพเจ้าขอให้คำมั่นสัญญาว่า จะพยายามพัฒนาตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อเป็นบุคคลที่มีสุขภาพพลานามัย สมบูรณ์ มีความรอบรู้ และสำนึกในการเป็นคนไทยที่ดี ให้เป็นผู้มีคุณธรรมและจริยธรรมเหมาะสมกับความเป็นผู้มีความรู้สูงในด้านวิชาชีพ และพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้น ในลักษณะกิจกรรมนอกหลักสูตรหรือเสริมหลักสูตร

ข้อ ๕ เมื่อสำเร็จการศึกษาตามแผนการศึกษาของโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program) อาจได้รับพิจารณาให้เป็นอาจารย์แพทย์/ทันตแพทย์/เภสัชกร/สัตวแพทย์ ของมหาวิทยาลัยมหิดล ตามความสมัครใจ โดยมีได้มีข้อผูกพันการใช้ทุนแต่ประการใด จากการรับทุนของโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program)

ข้าพเจ้าทราบ และเข้าใจข้อความโดยตลอดของบันทึกข้อตกลงนี้แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ นักศึกษาผู้ทำบันทึกข้อตกลง

หนังสือแสดงความยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้าอายุ ปี เกี่ยวข้องเป็น
ของนักศึกษาแพทยศาสตร์ / ทันตแพทยศาสตร์ / เภสัชศาสตร์ / สัตวแพทยศาสตร์ ชื่อ-สกุล.....
..... อยู่บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย.....
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (บ้าน)
โทรศัพท์เคลื่อนที่..... ประกอบอาชีพ
สถานที่ทำงาน
.....
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อในกรณีเร่งด่วน
ยินดีให้การสนับสนุนนักศึกษาแพทยศาสตร์ / ทันตแพทยศาสตร์ / เภสัชศาสตร์ / สัตวแพทยศาสตร์
ชื่อ-สกุล..... รับทุนเข้าศึกษา ในโครงการทุนมหิดลวิทยากร
(Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล และทำบันทึกข้อตกลงนี้ได้

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
(.....)

ลงชื่อ
(.....)
รองอธิการบดีฝ่ายการศึกษา

ลงชื่อ
(.....)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล



บันทึกข้อตกลงการรับทุนการศึกษา
โครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ มหาวิทยาลัยมหิดล
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า รหัสประจำตัวนักศึกษา
เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ เลขประจำตัวบัตรประชาชน
อยู่บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่
ที่อยู่ปัจจุบัน อยู่บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้กรณีเร่งด่วน

มีความประสงค์จะขอรับทุนโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program) และเข้าศึกษาตามแผนการศึกษาของโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการผลิตอาจารย์แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร สัตวแพทย์ นักวิจัย ที่มีคุณสมบัติพร้อมทั้งมีความรู้ทางวิชาการ มีความสามารถทางการวิจัย และมีความเป็นครูที่ดี มีจริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ อันเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป จึงขอทำบันทึกตกลงไว้กับมหาวิทยาลัยมหิดล ดังนี้

ข้อ ๑ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะเข้าศึกษาตามแผนการศึกษาของโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อ

๑.๑ ศึกษาในระดับปริญญาตรี หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (วท.บ.) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชีวการแพทย์ (นานาชาติ) คณะวิทยาศาสตร์ และระดับดุษฎีบัณฑิตของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีกำหนดระยะเวลาการให้ทุนการศึกษาระดับปริญญาเอก ไม่เกิน ๔ ปี

๑.๒ ศึกษาต่อในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (พ.บ.) / ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (ท.บ.) / เภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) / สัตวแพทยศาสตรบัณฑิต (สพ.บ.) ทั้งนี้ เมื่อสำเร็จการศึกษาตามข้อ ๑.๑

ข้อ ๒ ในระหว่างที่ข้าพเจ้าศึกษาตามแผนการศึกษาของโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล ตามบันทึกข้อตกลงนี้ ข้าพเจ้าทราบดีในฐานะที่เป็นนักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล ข้าพเจ้าจะตั้งใจและเพียรพยายามอย่างดีที่สุดในการศึกษาเล่าเรียน โดยจะไม่หลีกเลียง ละเลย ทอดทิ้ง ยุติ หรือ เลิกการศึกษาก่อนสำเร็จการศึกษาตามแผนการศึกษาของโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้อ ๓ ถ้าข้าพเจ้าไม่ประพฤติ หรือไม่ปฏิบัติตาม ข้อ ๑ และ ข้อ ๒ ในประการหนึ่งประการใด จนเป็นเหตุให้มหาวิทยาลัยมหิดลยุติการให้ทุน หรือกรณีที่มหาวิทยาลัยมหิดลพิจารณาแล้วเห็นว่าข้าพเจ้าไม่อาจสำเร็จการศึกษาได้ตามหลักสูตร มหาวิทยาลัยมหิดลมีสิทธิ์ระงับซึ่งทุน และข้าพเจ้าจะต้องคืนเงินทุนที่ได้รับไปให้แก่มหาวิทยาลัยมหิดล เว้นแต่มีเหตุสุดวิสัยหรือเหตุหนึ่งเหตุใดที่มหาวิทยาลัยมหิดลพิจารณาแล้วเห็นว่าข้าพเจ้าไม่ต้องรับผิดชอบ

ข้อ ๔ ข้าพเจ้าขอให้คำมั่นสัญญาว่า จะพยายามพัฒนาตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อเป็นบุคคลที่มีสุขภาพพลานามัย สมบูรณ์ มีความรอบรู้ และสำนึกในการเป็นคนไทยที่ดี ให้เป็นผู้มีคุณธรรมและจริยธรรมเหมาะสมกับความเป็นผู้มีความรู้สูงในด้านวิชาชีพ และพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้น ในลักษณะกิจกรรมนอกหลักสูตรหรือเสริมหลักสูตร

ข้อ ๕ เมื่อสำเร็จการศึกษาตามแผนการศึกษาของโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program) อาจได้รับพิจารณาให้เป็นอาจารย์แพทย์/ทันตแพทย์/เภสัชกร/สัตวแพทย์ ของมหาวิทยาลัยมหิดล ตามความสมัครใจ โดยมีได้มีข้อผูกพันการใช้ทุนแต่ประการใด จากการรับทุนของโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program)

ข้าพเจ้าทราบ และเข้าใจข้อความโดยตลอดของบันทึกข้อตกลงนี้แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ นักศึกษาผู้ทำบันทึกข้อตกลง

หนังสือแสดงความยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้าอายุ ปี เกี่ยวข้องเป็น
ของนักศึกษาแพทยศาสตร์ / ทันตแพทยศาสตร์ / เภสัชศาสตร์ / สัตวแพทยศาสตร์ ชื่อ-สกุล.....
..... อยู่บ้านเลขที่ตรอก/ซอย.....
ถนนแขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัดรหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (บ้าน)
โทรศัพท์เคลื่อนที่.....ประกอบอาชีพ
สถานที่ทำงาน
.....
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อในกรณีเร่งด่วน
ยินดีให้การสนับสนุนนักศึกษาแพทยศาสตร์ / ทันตแพทยศาสตร์ / เภสัชศาสตร์ / สัตวแพทยศาสตร์
ชื่อ-สกุล.....รับทุนเข้าศึกษา ในโครงการทุนมหิดลวิทยากร
(Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล และทำบันทึกข้อตกลงนี้ได้

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
(.....)

ลงชื่อ
(.....)
รองอธิการบดีฝ่ายการศึกษา

ลงชื่อ
(.....)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล



บันทึกข้อตกลงการรับทุนการศึกษา
โครงการทุนมหิดลวิทยากร (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ มหาวิทยาลัยมหิดล
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า รหัสประจำตัวนักศึกษา

เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ เลขประจำตัวบัตรประชาชน

อยู่บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่

ที่อยู่ปัจจุบัน อยู่บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้กรณีเร่งด่วน

มีความประสงค์จะขอรับทุนโครงการทุนมหิดลวิทยากร (Mahidol Medical Scholars Program) และเข้าศึกษาตามแผนการศึกษาของโครงการทุนมหิดลวิทยากร (Mahidol Medical Scholars Program) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการผลิตอาจารย์แพทย์ ทันตแพทย์ เกษษกร สัตวแพทย์ นักวิจัย ที่มีคุณสมบัติพร้อมทั้งมีความรู้ทางวิชาการ มีความสามารถทางการวิจัย และมีความเป็นครูที่ดี มีจริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ อันเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป จึงขอทำบันทึกตกลงไว้กับมหาวิทยาลัยมหิดล ดังนี้

ข้อ ๑ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะเข้าศึกษาตามแผนการศึกษาของโครงการทุนมหิดลวิทยากร (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อศึกษาในระดับดุษฎีบัณฑิตของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีกำหนดระยะเวลาการให้ทุนการศึกษาระดับปริญญาเอก ไม่เกิน ๔ ปี

ข้อ ๒ ในระหว่างที่ข้าพเจ้าศึกษาตามแผนการศึกษาของโครงการทุนมหิดลวิทยากร (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล ตามบันทึกข้อตกลงนี้ ข้าพเจ้าทราบดีในฐานะที่เป็นนักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล ข้าพเจ้าจะตั้งใจและเพียรพยายามอย่างดีที่สุดในการศึกษาเล่าเรียน โดยจะไม่หลีกเลี่ยง ละเลย ทอดทิ้ง ยุติ หรือ เลิกการศึกษาก่อนสำเร็จการศึกษาตามแผนการศึกษาของโครงการทุนมหิดลวิทยากร (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้อ ๓ ถ้าข้าพเจ้าไม่ประพฤติ หรือไม่ปฏิบัติตาม ข้อ ๑ และ ข้อ ๒ ในประการหนึ่งประการใด จนเป็นเหตุให้มหาวิทยาลัยมหิดลยุติการให้ทุน หรือกรณีที่มีมหาวิทยาลัยมหิดลพิจารณาแล้วเห็นว่าข้าพเจ้าไม่อาจสำเร็จการศึกษาได้ตามหลักสูตร มหาวิทยาลัยมหิดลมีสิทธิระงับซึ่งทุน และข้าพเจ้าจะต้องคืนเงินทุนที่ได้รับไปให้แก่มหาวิทยาลัยมหิดล เว้นแต่มีเหตุสุดวิสัยหรือเหตุหนึ่งเหตุใดที่มหาวิทยาลัยมหิดลพิจารณาแล้วเห็นว่าข้าพเจ้าไม่ต้องรับผิดชอบ

ข้อ ๔ ข้าพเจ้าขอให้คำมั่นสัญญาว่า จะพยายามพัฒนาตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อเป็นบุคคลที่มีสุขภาพพลานามัย สมบูรณ์ มีความรอบรู้ และสำนึกในการเป็นคนไทยที่ดี ให้เป็นผู้มีคุณธรรมและจริยธรรมเหมาะสมกับความเป็นผู้มีความรู้สูงในด้านวิชาชีพ และพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้น ในลักษณะกิจกรรมนอกหลักสูตรหรือเสริมหลักสูตร

ข้อ ๖ เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะบรรจุในตำแหน่งอาจารย์แพทย์ / อาจารย์ทันตแพทย์ / อาจารย์ เกษษกร เพื่อปฏิบัติงานขอใช้ทุนตามสัญญาการเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ / ทันตแพทยศาสตร์ / เกษษศาสตร์ ในต้นสังกัด หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติงานขอใช้ทุนหรือปฏิบัติงานขอใช้ทุนไม่ครบกำหนดตามสัญญาที่ให้ไว้ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้แก่มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้าพเจ้าทราบ และเข้าใจข้อความโดยตลอดของบันทึกข้อตกลงนี้แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ นักศึกษาผู้ทำบันทึกข้อตกลง

หนังสือแสดงความยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้าอายุ ปี เกี่ยวข้องเป็น
ของนักศึกษาแพทยศาสตร์ / ทันตแพทยศาสตร์ / เภสัชศาสตร์ / สัตวแพทยศาสตร์ ชื่อ-สกุล.....
..... อยู่บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย.....
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (บ้าน)
โทรศัพท์เคลื่อนที่..... ประกอบอาชีพ
สถานที่ทำงาน
.....
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อในกรณีเร่งด่วน
ยินดีให้การสนับสนุนนักศึกษาแพทยศาสตร์ / ทันตแพทยศาสตร์ / เภสัชศาสตร์ / สัตวแพทยศาสตร์
ชื่อ-สกุล..... รับทุนเข้าศึกษา ในโครงการทุนมหิดลวิทยากร
(Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล และทำบันทึกข้อตกลงนี้ได้

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
(.....)

ลงชื่อ
(.....)
รองอธิการบดีฝ่ายการศึกษา

ลงชื่อ
(.....)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล