



เลขที่ อว78.015/.....

วันที่

โครงการ Mahidol Medical Scholars Program มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบฟอร์ม : การแจ้งเป็นนักศึกษา / อาจารย์ที่ปรึกษา ระดับบัณฑิตศึกษา

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว อายุ ปี รหัสประจำตัวนักศึกษา

คณะต้นสังกัด แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 ทันตแพทยศาสตร์ เกษศาสตร์ อื่นๆ (ระบุ).....

สถานที่ติดต่อ โทรศัพท์ e-mail :.....

มีความประสงค์ขอเข้าศึกษาในหลักสูตร ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา.....

คณะ/สถาบัน.....มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์

ศ. /รศ. /ผศ. /อ.

อาจารย์ประจำ สาขาวิชา..... คณะ/สถาบัน.....มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

1) ศ. /รศ. /ผศ. /อ. สังกัด.....

2) ศ. /รศ. /ผศ. /อ. สังกัด.....

3) ศ. /รศ. /ผศ. /อ. สังกัด.....

4) ศ. /รศ. /ผศ. /อ. สังกัด.....

นักศึกษาลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ยินดีรับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ไม่สามารถเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ความเห็นอื่นๆ.....

ลงนามอาจารย์ที่ปรึกษา.....

(.....)

วันที่...../...../.....

โครงการ Mahidol Medical Scholars Program ขอส่งนักศึกษาในโครงการฯ ดังกล่าวข้างต้น เพื่อพิจารณารับเข้าเป็น
นักศึกษาในหลักสูตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา..... คณะ/สถาบัน

ลงนาม.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ความเห็นของประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

ยินดีรับเข้าศึกษา ไม่สามารถรับเข้าศึกษา

ความเห็นอื่นๆ.....

ลงนาม.....

(.....)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วันที่...../...../.....