



เลขที่ ศธ 0517.0113/.....

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...../...../.....

* นักศึกษาต้องแนบใบสมัครเข้าเป็นนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาของบัณฑิตวิทยาลัยมาพร้อมกับแบบฟอร์ม MSP 04