

เลขที่ อว 78.015 /.....  
วันที่ .....



โครงการทุนมหิดลวิทยากร (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบฟอร์ม : ขอลงทะเบียนเรียนรายวิชา SCBM 490 : Scientific Research Planning

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว ..... อายุ ..... ปี รหัสประจำตัวนักศึกษา .....  
 นักศึกษาโครงการทุนมหิดลวิทยากร (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล  
 คณะต้นสังกัด  แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
 ทันตแพทยศาสตร์  เภสัชศาสตร์  อื่นๆ (ระบุ).....  
 สถานที่ติดต่อ ..... โทรศัพท์ ..... e-mail :.....  
 มีความประสงค์ขอลงทะเบียนเรียนรายวิชา SCBM 490 : Scientific Research Planning (วทชพ 490 การวางแผนงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์) จำนวน 4 หน่วยกิต ในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชีวการแพทย์ (หลักสูตรนานาชาติ) คณะวิทยาศาสตร์  
 ภาคต้น  ภาคปลาย  ฤดูร้อน  ปีการศึกษา.....

ลงนาม.....  
 (.....)  
 นักศึกษา

วันที่...../...../.....

ลงนาม.....  
 (.....)  
 อาจารย์ที่ปรึกษา

วันที่...../...../.....

ความเห็นของประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชีวการแพทย์ (หลักสูตรนานาชาติ) คณะวิทยาศาสตร์

ยินดีรับเข้าศึกษา และเห็นชอบให้ลงทะเบียนเรียนรายวิชาดังกล่าวต่อไป  ไม่สามารถรับเข้าศึกษา

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายการศึกษา

เพื่อโปรดพิจารณา ให้ความอนุเคราะห์ลงทะเบียนเรียนรายวิชา SCBM 490 : Scientific Research Planning (วทชพ 490 การวางแผนงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์) จำนวน 4 หน่วยกิต ในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชีวการแพทย์ (หลักสูตรนานาชาติ) คณะวิทยาศาสตร์ ให้นักศึกษาโครงการทุนมหิดลวิทยากร (Mahidol Medical Scholars Program) ดังกล่าวข้างต้น

ลงนาม.....  
 (.....)

ประธานหลักสูตร

วันที่...../...../.....