

เลขที่ อว 78.015 /.....

วันที่



โครงการทุนมหิดลวิทยากร (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบฟอร์ม : ขอลงทะเบียนเรียนรายวิชา SCBM 499 : Senior Project

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 499 : Senior Project (วทชพ 499 โครงการวิจัย) จำนวน 6 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 499 : Senior Project
 (วทชพ 499 โครงการวิจัย) จำนวน 6 หน่วยกิต ในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชีวการแพทย์
 (หลักสูตรนานาชาติ) คณะวิทยาศาสตร์ ให้นักศึกษาโครงการทุนมหิดลวิทยากร (Mahidol Medical Scholars Program)
 ดังกล่าวข้างต้น

ลงนาม.....
 (.....)

ประธานหลักสูตร

วันที่...../...../.....