



ใบสมัครโครงการทุนมหิดลวิทยาจารย์ (Mahidol Medical Scholars Program)

ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/ นางสาว นามสกุล

(ภาษาอังกฤษ) Mr./ Ms.

รหัสนักศึกษา ปัจจุบันเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ คณะ

คะแนนเฉลี่ยสะสม (GPA) จบมัธยมศึกษาจากโรงเรียน.....

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ E-mail

ชื่อบิดา อาชีพ

ชื่อมารดา อาชีพ

ชื่อผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์เป็น

โทรศัพท์บ้านที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์มือถือ

หลักสูตร/สาขาวิชาที่สนใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ด้าน / เรียงตามลำดับ)

1. 2.

3. 4.

รู้จักโครงการฯ ได้อย่างไร

ประสบการณ์การทำงานวิจัย

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร

วันที่/...../.....

ระบุเหตุผลความสนใจอยากเป็นอาจารย์แพทย์นักวิจัย/อาจารย์ทันตแพทย์นักวิจัย/อาจารย์เภสัชกรนักวิจัย/อาจารย์สัตวแพทย์นักวิจัย

เรียงเรียงเป็นบทความไม่เกิน 2 หน้ากระดาษ A4 ส่งพร้อมใบสมัคร และรูปถ่าย 1 นิ้ว 1 รูป

ดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ https://op.mahidol.ac.th/ea/download_msp/