



เอกสารแจ้งการตรวจสอบสุขภาพและยืนยันการเข้าศึกษา
ระบบ TCAS รอบ 4 (Admission2) ปีการศึกษา 2563
หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

ตามที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ทั้งในประเทศและทั่วโลกและเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงในสถานการณ์ดังกล่าว และสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย ขอให้มีการปรับระบบการทำงานของ TCAS 63 เพื่อรองรับปัญหาการแพร่ระบาดของ COVID-19 นั้น

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จึงขอยกเลิกการสอบสัมภาษณ์ในรอบที่ 4 แต่ยังคงมีความจำเป็นที่ต้องใช้ผลการตรวจสอบสุขภาพเพื่อประเมินว่า ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และปราศจากโรค อาการของโรค หรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพ โดยให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์และตรวจสอบสุขภาพจัดทำเอกสารแจ้งตามนี้

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว) อายุ ปี โรงเรียน จังหวัด เลขประจำตัวประชาชน อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ โทรสาร เป็นผู้ที่มีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์และตรวจสอบสุขภาพในการสอบคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระบบ TCAS รอบ 4 (Admission2) ปีการศึกษา 2563 รหัสประจำตัวสอบ ขอทำหนังสือไว้ให้กับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดังข้อความต่อไปนี้

☐ ข้าพเจ้า รับทราบการเป็นผู้สอบผ่านการคัดเลือกมีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์และตรวจสอบสุขภาพตามหลักสูตรข้างต้น ขอยืนยันว่าจะเข้าศึกษา ในหลักสูตรดังกล่าว ประจำปีการศึกษา 2563 ทั้งนี้จะปฏิบัติตามเงื่อนไขและให้ข้อมูลที่แท้จริงได้ ทำการตรวจสอบภายหลังแล้ว พบว่าข้าพเจ้าให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ จงใจปกปิดข้อมูล หรือการปลอมแปลงเอกสาร ข้าพเจ้าจะถูกถอนสภาพการเป็นนิสิต/ นักศึกษาของสถาบันนั้นๆ ทันที

☐ ข้าพเจ้าเป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม กรณีที่สถาบันมีข้อสงสัยหรือพบความผิดปกติด้านสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้สถาบันสามารถกระทำการตรวจซ้ำได้ ภายหลัง

☐ ข้าพเจ้า ขอสละสิทธิ์การเข้าศึกษา ตามหลักสูตรดังกล่าวข้างต้น โดยจะไม่เรียกร้องสิทธิ์ใดๆ ในการเข้าศึกษา หลังการยืนยันนี้ และได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ ผู้ผ่านการสอบข้อเขียน

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ. 2563

ให้ส่งหนังสือฉบับนี้ภายใน **วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563** ได้ทาง E-mail: wanna.bua@mahidol.edu Fax: 0-2354-4326

หากไม่ส่งจะถือว่าสละสิทธิ์การเข้าศึกษาในหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า.....เป็นผู้ปกครองของ นาย/นางสาว..... มีความสัมพันธ์โดยเป็น ได้รับทราบข้อความข้างต้น และยินยอมให้มีการลงนามตามเอกสารนี้ทุกประการ

ลงชื่อ..... บิดา หรือ มารดา หรือ ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ. 2563

หมายเหตุ ให้บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองของผู้สมัครฯ ที่ลงลายมือชื่อ แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย