



แบบฟอร์มยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา
ระบบ TCAS รอบ 3 (Admission) กสพท ปีการศึกษา 2565
หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว)อายุ.....ปี โรงเรียน
จังหวัด เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ
e-mail.....ข้าพเจ้าได้รับคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในรอบที่ 3 (Admission) ของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท)
ปีการศึกษา 2565 รหัสประจำตัวสอบ ข้าพเจ้า (ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)

- ขอยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา
 ขอสละสิทธิ์เข้าศึกษา

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก
(.....)
วันที่.....เดือนพ.ศ. 2565

ให้ส่งหนังสือฉบับนี้ภายใน **วันศุกร์ที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2565** ทาง E-mail: wanna.bua@mahidol.edu
หากไม่ส่งจะถือว่าสละสิทธิ์การเข้าศึกษาในหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า.....เป็นผู้ปกครองของ นาย/นางสาว.....
มีความสัมพันธ์โดยเป็น.....ได้รับทราบข้อความข้างต้นและยินยอมให้มีการลงนามตามเอกสารนี้ทุกประการ

ลงชื่อ..... บิดา หรือ มารดา หรือ ผู้ปกครอง
(.....)
วันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2565

หมายเหตุ ให้บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองของผู้สมัครฯ ที่ลงลายมือชื่อ แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และลงลายมือชื่อรับรอง
สำเนาถูกต้องด้วย