



ใบสมัครโครงการ 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 (ถ้ามี)

ระบุเหตุผลที่สนใจมาสมัคร งานด้านที่สนใจ และความคาดหวังในอนาคต
 เรียงเรียงเป็นบทความประมาณ 1 หน้ากระดาษ A4 ส่งพร้อมใบสมัคร และรูปถ่าย 1 นิ้ว 1 รูป
 ดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ https://op.mahidol.ac.th/ea/download_msp/
 หรือ โทรสอบถาม 0 2849 4655 e-mail: chaiwat.pha@mahidol.ac.th

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร

วันที่