



เอกสารยืนยันการเข้าศึกษาและสำแดงการตรวจสอบสุขภาพ

หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ตามที่ยังมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จึงขอยกเลิกการสัมภาษณ์และการตรวจสอบสุขภาพของผู้ผ่านการคัดเลือกเพื่อเป็นนักศึกษาแพทย์ของคณะฯ ในรอบที่ 3 แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องมีข้อมูลสุขภาพเพื่อประเมินว่า ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และปราศจากโรค อาการของโรค หรือ ความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพ โดยขอให้ผู้ผ่านการคัดเลือกฯ กรอกข้อมูลส่วนตัวและ ข้อมูลสุขภาพ ลงนาม พร้อมผู้ปกครองในเอกสารสำแดง ด้านล่าง ดังนี้

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว)อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ โทรสาร.....
 สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาปลาจากโรงเรียน จังหวัด
 รหัสประจำตัวสอบวิชาเฉพาะ กสพท.เป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ระบบรับตรงร่วมกัน (TCAS65 : Admission) ของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท) ปีการศึกษา 2565

ข้าพเจ้าขอทำหนังสือให้ไว้กับ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และ

- ขอยืนยันว่าจะเข้าศึกษา**ในหลักสูตรดังกล่าว ประจำปีการศึกษา 2565
 - ขอสละสิทธิ์การเข้าศึกษา** ตามหลักสูตรดังกล่าว โดยจะไม่เรียกร้องสิทธิ์ใด ๆ ในการเข้าศึกษา
 - ไม่เป็นผู้มีปัญหาสุขภาพ**ทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการ ประกอบวิชาชีพแพทย์
- ตามแนวทางคุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัครเข้าเรียนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ฉบับ พ.ศ. 2559 ตามเรื่อง คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร เข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (<https://www9.si.mahidol.ac.th/pdf/6Rh8Ee6Pu0Qf7Vq4De2S.pdf>)
- มีโรคประจำตัว และ/หรือรับประทานยาเป็นประจำดังนี้ ระบุ.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามเงื่อนไขและให้ข้อมูลที่เป็นจริง หากได้ทำการตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่า **ข้าพเจ้าให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ จึงใจปกปิดข้อมูล หรือมีการปลอมแปลงเอกสาร** ข้าพเจ้าจะ**ถูกถอนสภาพ**การเป็นนักศึกษาคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้แล้ว



QR code สำหรับส่ง เอกสาร

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์
 (.....)
 วันที่.....เดือน พ.ศ. 2565

ให้ส่งหนังสือฉบับนี้พร้อมสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง ของผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์และบิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครอง ภายในวันที่ **25-29 พฤษภาคม 2565 (เวลา 18.00 น)** ที่ <https://forms.gle/CrvkZit8Lmj7wZs18> หรือ QR code ตามที่คณะกำหนด หากไม่ส่งจะถือว่าสละสิทธิ์การเข้าศึกษาใน หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คำยินยอมของผู้ปกครอง

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

ลงชื่อ.....บิดา หรือ มารดา หรือ ผู้ปกครอง
 (.....)
 วันที่.....เดือนพ.ศ. 2565

หมายเหตุ: ให้บิดา หรือ มารดา หรือ ผู้ปกครองของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ลงลายมือชื่อ และแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนด้วย