

**แบบแสดงความจำนงเข้าศึกษา**  
**คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระดับปริญญาตรี**  
**หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข**  
**ประจำปีการศึกษา 2565**

เรียน คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว..... นามสกุล .....

คณะ ..... สาขาวิชา .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อกับข้าพเจ้าได้ที่ บ้านเลขที่ ..... หมู่.....ซอย .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

Email : .....

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในวงเล็บที่ท่านต้องการพร้อมลงชื่อ

( ) **ขอยืนยันสิทธิ์การเข้าศึกษา**

1. ข้าพเจ้ายินดีเข้าศึกษาใน**คณะทันตแพทยศาสตร์** มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปีการศึกษา 2565
2. ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ กฎ ระเบียบ และประกาศต่างๆ ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งบังคับแก่ข้าพเจ้า หรือนักศึกษา ของมหาวิทยาลัยฯ อย่างเคร่งครัด
3. หากข้าพเจ้ายืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาเรียบร้อยแล้ว และไม่ได้มาลงทะเบียนเรียน หรือ สละสิทธิ์ การเข้าศึกษา ในภายหลัง ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดชื่อออกจากระบบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในใบสมัคร รวมทั้งเอกสารที่ให้ไว้กับ**คณะทันตแพทยศาสตร์** หรือข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นความจริงทุกประการ ถ้าข้าพเจ้าให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีที่จะให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ถอนชื่อของข้าพเจ้าออกจากความเป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(ลงชื่อ) .....ผู้รายงานตัว  
วันที่ ...../...../.....

( ) **ขอสละสิทธิ์การเข้าศึกษา**

ข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์การเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี **คณะทันตแพทยศาสตร์** หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา 2565

เนื่องจาก .....

.....

.....

(ลงชื่อ) .....ผู้สละสิทธิ์  
วันที่ ...../...../.....