

แบบฟอร์มการรายงานตัว

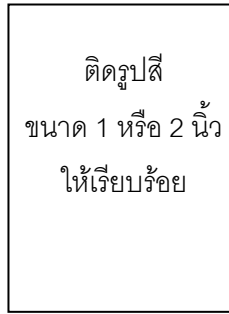
เข้ารับสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย

โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท

หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ประจำปีการศึกษา 2568



คณะแพทยศาสตร์

โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจงและทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการให้ถูกต้องและครบถ้วน

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เข้าศึกษา (ภาษาไทย).....  
(ภาษาอังกฤษ).....
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....อายุ.....ปี.....เดือน.....
3. เพศ  ชาย  หญิง
4. เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
5. สำเร็จการศึกษาเมื่อปีการศึกษา.....จากโรงเรียน.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
6. แผนการศึกษา  
 วิทยุ - คณิต.....  
 อื่น ๆ.....
7. ภูมิลำเนาเดิม ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
8. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....ถนน.....  
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร. ....
9. ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อระหว่างเข้าศึกษา บ้านเลขที่.....ถนน.....  
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร. ....
10. ชื่อ-สกุลบิดา.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....  
เบอร์โทรศัพท์.....
11. ชื่อ-สกุลมารดา.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....  
เบอร์โทรศัพท์.....
12. ประวัติการศึกษา  

	ชื่อโรงเรียน	อำเภอ	จังหวัด
● ประถมศึกษา	.....	.....	.....
● มัธยมศึกษาตอนต้น	.....	.....	.....
● มัธยมศึกษาตอนปลาย	.....	.....	.....



15. ความสามารถพิเศษอื่น ๆ

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

16. เหตุผลที่เข้าเรียนต่อสาขาวิชานี้

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบตามประกาศการรับสมัครของมหาวิทยาลัยทุกประการ หากตรวจสอบ ใน  
ภายหลังพบว่าขาดคุณสมบัติ ข้าพเจ้ายินดีให้มหาวิทยาลัยตัดสิทธิ์ในเข้าศึกษา โดยไม่ขออุทธรณ์ ใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ).....ผู้เข้าศึกษา  
วันที่.....เดือน.....เมษายน..... พ.ศ. 2568

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบหลักฐานการรายงานตัวแล้ว เอกสารที่ส่งมา ดังนี้

โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความหลักฐานต่อไปนี้

1.  แบบฟอร์มการรายงานตัวฯ (ติดรูปถ่าย และกรอกข้อมูลเกี่ยวกับผู้สมัครครบถ้วน)
2.  สำเนาใบระเบียบแสดงผลการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (รบ.1 หรือ ปพ.1)  
ที่สถาบันการศึกษาออกให้
3.  สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
4.  สำเนาทะเบียนบ้าน
5.  สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
6.  ใบรับรองการศึกษาดูงานจากโรงพยาบาล (ถ้ามี)
7.  หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมในการตรวจร่างกายฯ จำนวน 1,500 บาท

รวมทั้งสิ้นจำนวน.....รายการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับสมัคร

วันที่.....เดือน.....เมษายน...พ.ศ. 2568