



แบบฟอร์มขอทุนระดับบัณฑิตศึกษา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ทุนบัณฑิตศึกษา
 Postgraduate Scholarship Application Form
 Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
 Scholarship for Postgraduate Student (Stipend for a First-year Student)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) (Mr /Mrs /Miss /Ms)

รหัสนักศึกษา (Student ID) / /

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ (Present address)

.....

โทรศัพท์ (Phone).....E-mail.....

หลักสูตร (Graduate Program)

สาขาวิชา (Field)..... ชั้นปีที่ (Class)

ประวัติการศึกษา (Educational Background)

ระดับ (Level)	ชื่อย่อปริญญาและสาขาวิชา (Degree and major)	สถาบันการศึกษา (Institution)	คะแนนเฉลี่ย (GPA)
ปริญญาตรี (Bachelor degree)			
ปริญญาโท (Master degree)			
อื่นๆ (Other)			

เอกสารแนบพร้อมใบสมัคร (Application Documents)

- 1. ใบแสดงผลการศึกษา (Transcripts of BS and/or MSc degrees)
- 2. ผลการสอบภาษาอังกฤษตามเกณฑ์ของบัณฑิตวิทยาลัย (Score report of Faculty of Graduate Studies-recommended English Test)
- 3. หลักฐานผลงานวิจัย และ/หรือ ผลงานวิชาการ (ถ้ามี) (Previous research publications or Proceedings) (If any)
- 4. CV and Portfolio

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ (I affirm that all the above information is true)

ลงชื่อ (Signature).....ผู้สมัคร (applicant)

(.....)

วันที่ (Date).....

For Program Director

ข้าพเจ้าพิจารณา ใบสมัครของ.....แล้ว
เห็นควรอนุมัติ เพื่อดำเนินการต่อไป เนื่องจาก (กรณาระบุเหตุผล).....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร.....
สาขาวิชา.....