



**คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล**  
**หนังสือยินยอมการส่งชื่อเพื่อตัดสิทธิ์การสอบคัดเลือกเข้าศึกษา หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต**  
**ที่จัดโดย กสพท การสอบคัดเลือกเพื่อศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาระบบรับตรงของ ทปอ. (Clearing house) และ**  
**การตัดสิทธิ์ในการสอบเพื่อศึกษาในระดับอุดมศึกษา ระบบแอดมิชชันกลาง ประจำปีการศึกษา 2559**

ตามที่ข้าพเจ้า นาย / นางสาว ..... อายุ..... ปี  
โรงเรียน ..... จังหวัด ..... เลขประจำตัวประชาชน .....  
อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน..... ตำบล .....อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ..... โทรสาร.....  
E-mail.....เป็นผู้สอบผ่านในการสอบคัดเลือกเข้าศึกษาใน หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ระบบรับตรง ของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย  
(กสพท) รอบที่ 1 ปีการศึกษา 2559 ได้เข้าทำแบบทดสอบประกอบการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกายและการสอบสัมภาษณ์  
ระหว่างวันที่ 19 - 25 มีนาคม 2559 แล้วนั้น เมื่อข้าพเจ้าสอบผ่านการคัดเลือกและได้รับสิทธิ์ให้เข้าศึกษาในหลักสูตรข้างต้น  
ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ส่งชื่อของข้าพเจ้าไปตัดสิทธิ์เข้ารับการคัดเลือกเข้า  
ศึกษาในระบบต่างๆ ปีการศึกษา 2559 ดังนี้

1. กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท) เพื่อตัดสิทธิ์เข้ารับการคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษาในหลักสูตร  
แพทยศาสตรบัณฑิต หรือ หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต หรือ หลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต
  2. ที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (ทปอ.) เพื่อตัดสิทธิ์ในการสอบคัดเลือกเพื่อศึกษาในระดับสถาบันอุดมศึกษา  
ระบบรับตรงของ ทปอ. ( Clearing house )
  3. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา เพื่อตัดสิทธิ์การเข้ารับการคัดเลือกเพื่อศึกษาในระดับอุดมศึกษา ในระบบ  
แอดมิชชันกลาง ที่ดำเนินการโดย สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
- ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ .....ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์  
(.....)

วันที่ มีนาคม พ.ศ. 2559

**คำยินยอมของผู้ปกครอง**

ข้าพเจ้า.....เป็นผู้ปกครองของ นาย/นางสาว .....  
ซึ่งเป็นผู้สอบผ่าน ในการสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2559 มีความสัมพันธ์โดยเป็น ..... ได้รับทราบข้อความข้างต้น และยินยอมให้มีผลการ  
นามตามเอกสารนี้ทุกประการ (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชนและลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง ส่งพร้อมเอกสารฉบับนี้ด้วย)

ลงชื่อ..... บิดา หรือ มารดา หรือ ผู้ปกครอง  
(.....)

วันที่ .....มีนาคม พ.ศ. 2559

ให้นำส่งหนังสือยินยอมนี้ ในวันรายงานตัวเพื่อสอบสัมภาษณ์ (22 มีนาคม 2559 ) ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล  
รามาธิบดี หากไม่ส่งหนังสือยินยอมฯ จะถือว่าสละสิทธิ์การเข้าศึกษาใน หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2559