

สำหรับเจ้าหน้าที่
For staff only
เลขประจำตัวผู้สมัคร
Application No.
.....
ใบสมัครเลขที่
Application ID
.....



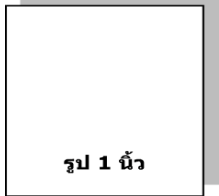
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

ใบสมัครเข้าศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา

Application Form for Postgraduate Study

ประจำภาคการศึกษา [Term]: ต้น ปีการศึกษา [Year]: 2566



รูป 1 นิ้ว

สมัครสาขาวิชา [Field of Study]: แขนงวิชาทันตกรรมเด็ก - Pediatric Dentistry

หลักสูตร [Degree]: หลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (หลักสูตรนานาชาติ) - Higher Graduate Diploma of Clinical Sciences Program (International Program)

รหัสหลักสูตร [Program ID]: 3867

ชื่อ - นามสกุล [Name- Surname]	TH [.....] เพศ[Sex]: EN [.....]
หมายเลขบัตรประชาชน [Citizen ID]	วัน/เดือน/ปีเกิด [Date of Birth]/...../..... อายุ [Age]..... ปี [Year] สถานที่เกิด (จังหวัด) [Place of Birth (Province)] ภูมิลำเนาปัจจุบัน [Current Address]
สัญชาติ [Nationality]	ศาสนา [Religion] สถานภาพ [Marital Status]
สถานที่ติดต่อ [Address]:	บ้านเลขที่ หมู่บ้าน [Village]: ตรอก / ซอย [Soi]: ถนน [Road]: แขวง/ตำบล [Sub-District]: เขต/อำเภอ [District]: จังหวัด [Province]: รหัสไปรษณีย์ [Zip Code]:..... โทรศัพท์ [Telephone No]: อีเมล[E-mail]:

ประวัติการศึกษา [Educational Background]

ระดับ [Degree]	มหาวิทยาลัย/สถาบันอุดมศึกษา [Institution]	ปีที่สำเร็จ [Year of Graduation]	เกรดเฉลี่ย [GPAX]	สาขาวิชาเอก [Field of Study]	ประกาศนียบัตร/ปริญญาบัตร [Diploma / Degree]	หมายเหตุ [Remark]
ปริญญาตรี [Bachelor's Degree]						
ปริญญาโท [Master's Degree]						

การทดสอบความรู้ความสามารถ [Competency]

ภาษาอังกฤษ ผ่านการทดสอบจาก CU-TEPคะแนน [Score] TOEFLคะแนน [Score] IELTS..... คะแนน [Score]

ต้องได้คะแนนทดสอบความรู้ความสามารถทางภาษาอังกฤษ CU-TEP ตั้งแต่ 45 ขึ้นไป หรือ TOEFL ITP ตั้งแต่ 450 ขึ้นไป หรือ TOEFL iBT ตั้งแต่ 45 ขึ้นไป หรือ IELTS ตั้งแต่ 4.0 ขึ้นไป

ประสบการณ์การทำงาน [Work Experience] (ตำแหน่ง/ สถานที่ทำงาน/ ระยะเวลาในการทำงาน/ เงินเดือน)

- (1)
- (2)
- (3)

บุคคลที่ให้การรับรอง [Recommender]

(1) ชื่อ-นามสกุล [Name-Surname]..... ตำแหน่ง [Position].....

สถานที่ติดต่อ [Contact Address]..... โทรศัพท์ [Phone No.].....

(2) ชื่อ-นามสกุล [Name-Surname]..... ตำแหน่ง [Position].....

สถานที่ติดต่อ [Contact Address]..... โทรศัพท์ [Phone No.].....

(3) ชื่อ-นามสกุล [Name-Surname]..... ตำแหน่ง [Position].....

สถานที่ติดต่อ [Contact Address]..... โทรศัพท์ [Phone No.].....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่กรอกในใบสมัครข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

I certify that the information given is complete and accurate.

ลงชื่อผู้สมัคร

[Applicant's signature] (.....)

วันที่ [Date].....เดือน [Month].....พ.ศ. [Year].....

ส่งใบสมัคร หลักฐานและเอกสารประกอบการสมัครทั้งหมดต่อไปนี้ด้วยตนเอง หรือส่งทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (EMS)

[Send all documents below to the Graduate Study Office, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University by oneself or by EMS]

ส่ง “สำนักงานบัณฑิตศึกษา ชั้น 10 อาคารทันตแพทยศาสตร์เฉลิมนามราช 80 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330”
 กรุณาระบุชื่อหลักสูตร สาขาวิชา และรหัสหลักสูตรหน้าของ

ให้ผู้สมัครทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความหลักฐานและเอกสารที่ส่งพร้อมการสมัคร ตามลำดับดังนี้ [Please check ✓ in front of document sent to us]	
1.	ใบสมัคร [Application form]
<input type="checkbox"/>	ติดรูปถ่ายสีให้เรียบร้อย รูปหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาด 1 นิ้ว [Application form with one inch affixed photo in front view without eyeglasses or hat]
2.	สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาใบทะเบียนสมรส [Copy of Citizen ID Card / Copy of Marriage Registration]
<input type="checkbox"/>	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ [Certified copy of Citizen ID Card / Civil Servant Identification Card]
<input type="checkbox"/>	สำเนาใบทะเบียนสมรส / ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ในกรณีที่ ชื่อ-สกุล ในเอกสารไม่ตรงกัน)
3.	หลักฐานการศึกษา [Educational Evident] และประสบการณ์ทำงาน [Work experience]
<input type="checkbox"/>	สำเนาปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต หรือเทียบเท่า หรือ หนังสือรับรองคุณวุฒิ [Certified copy of diploma (D.D.S. or its equivalence) or a qualification certificate]
<input type="checkbox"/>	สำเนาใบรับรองคะแนนรายวิชาในระดับปริญญาตรี / โท [Certified copy transcript in Bachelor's degree / Master's degree]
<input type="checkbox"/>	สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในประเทศไทย และเลขประกอบอาชีพในสาขาวิชาทันตแพทยศาสตร์มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี [Certified copy of dental practice permit in Thailand and an experience in dental practices for a period of no less than one year]
<input type="checkbox"/>	หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน / หนังสือรับรอง [Reference of work experience / recommendation from the recommender specified in the Application Form]
<input type="checkbox"/>	หนังสืออนุมัติให้ลาศึกษาต่อจากต้นสังกัด (เฉพาะมีต้นสังกัด) [Letter of education leave permit from the applicant's original affiliation] (for those who have original affiliation)
<input type="checkbox"/>	เอกสารพร้อมการลงนามรับรองเพื่อแสดงคะแนนการทดสอบภาษาอังกฤษ CU-TEP หรือ TOEFL หรือ IELTS (โดยผลคะแนนสามารถใช้ได้ภายใน 2 ปี) Certified copy of the CU-TEP or TOEFL or IELTS test results with applicant's signature English proficiency.
4.	หลักฐานการชำระเงิน [Evidence of payment] ค่าธรรมเนียมการสมัคร 1,000 บาท
<input type="checkbox"/>	[] ชำระผ่าน ธนาคารกสิกรไทย สาขาสยามสแควร์ เลขที่บัญชี 026-2-70085-2 ชื่อบัญชี “คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ”
5.	อื่นๆ (โปรดระบุ) [Other (Specify)]
<input type="checkbox"/>
รวมที่ส่งมาทั้งสิ้น [Total] รายการ [Items] **รายการที่เป็นเอกสารถ่ายสำเนา ให้ผู้สมัครลงนามรับรองสำเนาเอกสารด้วยตนเองทุกฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า หลักฐานและเอกสารต่างๆ ที่นำมาประกอบการสมัครข้างต้นเป็นเอกสารที่ถูกต้อง** All copy documents must have applicant's signature. I certify that the information given is complete and accurate.	

ลงชื่อผู้สมัคร
 [Applicant's signature] (.....)

วันที่ [Date].....เดือน [Month].....พ.ศ. [Year].....

หมายเหตุ 1. หากคณะทันตแพทยศาสตร์ได้ตรวจสอบพบภายหลังว่า ข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัคร หรือหลักฐานเอกสารต่างๆ ของผู้สมัครไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง หรือเป็น
[Remark]: เอกสารปลอม คณะทันตแพทยศาสตร์จะดำเนินการตามกฎหมาย และให้พ้นสภาพนิสิตหากผู้สมัครเป็นนิสิตแล้ว
 [Faculty of dentistry will later inspect the application form and its related documents. If later found to be untrue or forgery, the person who is found to be guilty shall be subject to legal actions and be dismissed, in case that he / she has been accepted to be the post-graduate students of Faculty of Dentistry.]