



แบบตอบรับและการยืนยันความสมัครใจของนิสิตในการขึ้นปฏิบัติงานคลินิก
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2564

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) รหัสประจำตัว
เป็นนิสิตหลักสูตรระดับปริญญาบัณฑิต ชั้นปีที่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ อีเมล

ข้าพเจ้าได้อ่านเอกสาร ประกาศ ฝ่ายวิชาการ คณะทันตแพทยศาสตร์ เรื่อง “แนวทางการปฏิบัติงานคลินิกของนิสิตระดับปริญญาบัณฑิต ในภาวะการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” แล้ว

- ☐ ข้าพเจ้าเข้าใจการเรียนการสอน และยืนยันความสมัครใจ ขึ้นปฏิบัติงานคลินิกตามที่คณะฯ กำหนด
- ☐ ข้าพเจ้าขอลาพักการศึกษา และจะแจ้งความพร้อมในการกลับเข้าศึกษาและขึ้นปฏิบัติงานคลินิกต่อไป

ทั้งนี้ ในการขอกลับเข้าศึกษาและขึ้นปฏิบัติงานคลินิกจะเป็นไปตามระเบียบการศึกษาของสถาบัน

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล)

เป็นผู้ปกครองของนิสิต ชื่อ-นามสกุล

โดยมีความสัมพันธ์เป็น ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ผู้ปกครอง ระบุความสัมพันธ์ ☐ ผู้ค้าประกัน

มีความเข้าใจและยินยอมให้ดำเนินการตามความประสงค์ของนิสิตแล้ว จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

นิสิต ลงนาม..... ผู้ปกครอง ลงนาม.....
(.....) (.....)

วันที่ วันที่

รับทราบข้อมูลตามที่แสดงไว้ข้างต้น ลงนามในฐานะพยาน

พยาน ลงนาม..... พยาน ลงนาม.....
(.....) (.....)

วันที่ วันที่

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความร่วมมือให้นิสิตส่งแบบตอบรับและการยืนยันความสมัครใจของนิสิต ในการขึ้นปฏิบัติงานคลินิก ตามที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำหนดไว้ โดยกรอกเอกสารแบบตอบรับและการยืนยันความสมัครใจของนิสิต สำหรับการขึ้นปฏิบัติงานในคลินิก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2564 และส่งคืนทาง Email: academicgroup.dent@gmail.com ทันทีที่กรอกข้อมูลแล้วเสร็จ หรืออย่างช้าภายในวันแรกที่มาปฏิบัติงาน

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายวิชาการ หมายเลขโทรศัพท์ 0-2218-8652-4 Email: academicgroup.dent@gmail.com

