



**แบบฟอร์มการยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยบูรพา
หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ ปีการศึกษา 2564**

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว) อายุ.....ปี
 โรงเรียน..... จังหวัด.....
 เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
 โทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ อีเมล.....
 เป็นผู้ที่มีสิทธิ์ยืนยันสิทธิ์การเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 ระบบการคัดเลือกหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต โครงการผลิตแพทย์เพิ่ม (กระทรวงสาธารณสุข) TCAS รอบ 2
 มหาวิทยาลัยบูรพา ปีการศึกษา 2564 รหัสประจำตัวสอบ.....
 ขอทำหนังสือให้ไว้กับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ดังข้อความต่อไปนี้

ข้าพเจ้า ขอยืนยันว่าจะเข้าศึกษา ในหลักสูตรดังกล่าว ประจำปีการศึกษา 2564 ทั้งนี้
 จะปฏิบัติตามเงื่อนไขและให้ข้อมูลที่เป็นจริง หากได้ทำการตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้าพเจ้าให้ข้อมูลอัน
 เป็นเท็จ จงใจปกปิดข้อมูล หรือการปลอมแปลงเอกสาร ข้าพเจ้าจะถูกถอนสภาพการเป็นนิสิต/ นักศึกษาของ
 สถาบันนั้นๆ ทันที

ข้าพเจ้า ขอสละสิทธิ์การเข้าศึกษา ตามหลักสูตรดังกล่าวข้างต้น โดยจะไม่เรียกร้อง
 สิทธิใด ๆ ในการเข้าศึกษาหลังการยืนยันนี้ และได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก
 (.....)

วันที่..... เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564

หมายเหตุ ให้ส่งแบบฟอร์มนี้ ที่ E-mail : med-ed@buu.ac.th ภายในวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564
 ก่อนเวลา 12.00 น. หากไม่ส่งแบบฟอร์มนี้ตามวันที่กำหนด ถือว่าไม่ใช้สิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยบูรพา