

ชื่อ.....
รหัสนักศึกษา.....
โทร.....

เอกสารสำคัญ

ขอให้นักศึกษานำมายื่นในวันลงทะเบียน วันที่ 8-9 สิงหาคม 2560



มหาวิทยาลัยมหิดล

โครงการพัฒนาโปรแกรมการจัดทำสัญญานักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์
ทันตแพทยศาสตร์ เภสัชศาสตร์ และพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบคำขอรหัสผ่านของบิดามารดานักศึกษาเพื่อทำสัญญาระบบอิเล็กทรอนิกส์

ข้าพเจ้า นาย.....นามสกุล.....(บิดา)

- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (13หลัก)
- หนังสือเดินทาง (สำหรับบุคคลต่างด้าว)
- อื่นๆ โปรดระบุ.....
- วัน เดือน ปี เกิด...../...../.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>												
<input type="text"/>												

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....

ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ

ข้าพเจ้า นาง/นางสาว.....นามสกุล.....(มารดา)

- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (13หลัก)
- หนังสือเดินทาง (สำหรับบุคคลต่างด้าว)
- อื่นๆ โปรดระบุ.....
- วัน เดือน ปี เกิด...../...../.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>												
<input type="text"/>												

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....

ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ

ขอมอบฉันทะให้.....คณะ.....ติดต่อขอรับ

รหัสผ่านแทน ข้าพเจ้ารับทราบนโยบาย ระเบียบปฏิบัติการจัดทำสัญญาระบบอิเล็กทรอนิกส์กับทางมหาวิทยาลัยมหิดลและ
ขอยอมรับผิดชอบในการกระทำของผู้รับมอบฉันทะโดยถือเสมือนว่าเป็นการกระทำของข้าพเจ้าเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้รับใบแจ้งรหัสผ่านเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบฉันทะ

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....