



มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
หนังสือยินยอมการส่งชื่อเพื่อตัดสิทธิ์ในระบบการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา
ระบบกลาง และระบบรับตรงของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.)
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐

ตามที่ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว) อายุ.....ปี
โรงเรียน จังหวัด.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ
โทรสาร.....เป็นผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ระบบรับตรง ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐ เลขที่สมัครสอบ.....
ข้าพเจ้ายินยอมให้ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ส่งชื่อของข้าพเจ้าไปยังสำนักงานคณะกรรมการ
การอุดมศึกษา เพื่อตัดสิทธิ์ในระบบการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ระบบรับกลาง
ที่ดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และระบบรับตรงของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์
แห่งประเทศไทย (กสพท.) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อผู้ผ่านการสอบข้อเขียน
(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๐

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า.....
เป็นผู้ปกครองของนาย/นางสาว มีความสัมพันธ์โดยเป็น
ได้รับทราบข้อความข้างต้น และยินยอมให้มีการลงนามตามเอกสารนี้ทุกประการ

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

วันที่เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๐