



สัญญาเลขที่:

รหัสนักศึกษา :

หนังสือแสดงความยินยอมของผู้แทนโดยชอบธรรม

สัญญาทำที่ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่ ____ เดือน ____ พ.ศ. ____

ข้าพเจ้า _____ อายุ ____ ปี

อยู่บ้านเลขที่ ____ หมู่ที่ ____ ตรอก/ซอย ____ ถนน ____

ตำบล/แขวง ____ อำเภอ/เขต ____ จังหวัด ____

รหัสไปรษณีย์ ____ โทรศัพท์ ____ เลขบัตรประจำตัวประชาชน ____

และข้าพเจ้า _____ อายุ ____ ปี

อยู่บ้านเลขที่ ____ หมู่ที่ ____ ตรอก/ซอย ____ ถนน ____

ตำบล/แขวง ____ อำเภอ/เขต ____ จังหวัด ____

รหัสไปรษณีย์ ____ โทรศัพท์ ____ เลขบัตรประจำตัวประชาชน ____

เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของ _____ นักศึกษาวิชาทันตแพทยศาสตร์

โดยได้ทราบข้อความในสัญญาการเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาทันตแพทยศาสตร์ที่ _____

ได้ทำให้ไว้ต่อมหาวิทยาลัยมหิดล ตามสัญญาฉบับลงวันที่ _____ แล้วขอแสดงความยินยอม

ในการที่ _____ ได้ทำสัญญาดังกล่าวไว้ไว้ต่อมหาวิทยาลัยมหิดลทุกประการ

_____ (บิดา)

_____ (มารดา)