



สัญญาเลขที่ :

,รหัสนักศึกษา :

หนังสือแสดงความยินยอม

ทำที่ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... ผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

และ..... อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... ผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของ นักศึกษาทันตแพทย์
โดยเกี่ยวข้องเป็น..... ได้ทราบข้อความในสัญญาการเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาหลักสูตร
ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ที่ ได้ทำไว้ต่อมหาวิทยาลัยมหิดล
ตามสัญญา ฯ ฉบับลงวันที่..... เดือน..... พ.ศ. แล้ว ขอแสดงความยินยอมในการที่
..... ได้ทำสัญญาดังกล่าวไว้ต่อมหาวิทยาลัยมหิดล ทุกประการ

ลงนาม..... ผู้แทนโดยชอบธรรม
นักศึกษาหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

ลงนาม..... ผู้แทนโดยชอบธรรม
นักศึกษาหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต