



แบบฟอร์มรับทราบกำหนดการการยืนยันสิทธิ์
กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
รอบ Portfolio

ข้าพเจ้า _____ เป็นผู้ผ่านการคัดเลือกมีสิทธิ์เข้ารับการสอบ
สัมภาษณ์ในสำนักวิชา _____ ขอยืนยันว่าข้าพเจ้ารับทราบกำหนดการ
และขั้นตอนการยืนยันสิทธิ์ตามกำหนดการของมหาวิทยาลัย ตามที่ประกาศในเว็บ <http://sutgateway.sut.ac.th/>
ดังนี้

1. วันที่ 24 มกราคม 2563 ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาผ่านเว็บ เวลาประมาณ 13.30 น.
2. วันที่ 25 มกราคม 2563 ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาตัวจริง ดำเนินการยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาผ่านเว็บ
ภายในเวลา 12.00 น.
3. วันที่ 25 มกราคม 2563 ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกตัวสำรอง กรณีผู้ผ่านการคัดเลือกตัวจริง
สละสิทธิ์ผ่านเว็บ เวลาประมาณ 14.00 น.
4. วันที่ 26 มกราคม 2563 ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาตัวสำรอง ตามข้อ 3 ดำเนินการยืนยันสิทธิ์เข้า
ศึกษาผ่านเว็บ ภายในเวลา 12.00 น.

หากข้าพเจ้าไม่ดำเนินการตามกำหนดการดังกล่าว ข้าพเจ้าจะไม่ขอเรียกร้องสิทธิ์ใดๆ กับมหาวิทยาลัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ _____ ผู้ผ่านการคัดเลือกฯ

(_____)

วันที่ _____ / _____ / _____

ข้าพเจ้า _____ เป็นผู้ปกครองของ นาย/น.ส. _____
ได้รับทราบข้อความดังกล่าวข้างต้น และยินยอมให้มีการลงนามตามเอกสารนี้ทุกประการ

ลงชื่อ _____ บิดา มารดา/ ผู้ปกครอง

(_____)

วันที่ _____ / _____ / _____

ให้นำเอกสารฉบับนี้มาแสดงในวันสอบสัมภาษณ์ วันที่ 23 มกราคม 2563