



ประกาศสำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์
เรื่อง การขยายเวลารับสมัครและคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้าศึกษาเป็นผู้เรียนในระบบคลังหน่วยกิต
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง
(กลุ่มผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์หลักสูตร 1 ปี)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประจำปีการศึกษา 2568

.....

ตามที่ สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้ประกาศรับสมัครบุคคลเพื่อเข้าศึกษาในระบบคลังหน่วยกิตหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง (กลุ่มผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์หลักสูตร 1 ปี) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประจำปีการศึกษา 2568 ประกาศ ณ วันที่ 12 มีนาคม 2568 นั้น

จากการรับสมัครดังกล่าวปรากฏว่าผู้สมัครยังไม่ครบตามจำนวนที่ประกาศรับสมัคร อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. 2533 ประกอบกับคำสั่งสภามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ 11/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณบดี และผู้อำนวยการลงวันที่ 21 ธันวาคม 2565 สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์จึงออกประกาศขยายเวลาการรับสมัครบุคคลเพื่อเข้าศึกษาไว้ดังต่อไปนี้

1. จำนวนรับเข้าศึกษา

โดยรับสมัครจำนวน 30 คน จัดสรรจำนวนการรับตามกลุ่มดังนี้

กลุ่ม 1 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ จำนวน 5 คน

กลุ่ม 2 โรงพยาบาลสุรินทร์ อ.เมือง จ.สุรินทร์ จำนวน 5 คน

กลุ่ม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อ.เมืองนครราชสีมา จ.นครราชสีมา จำนวน 3 คน

กลุ่ม 4 โรงพยาบาลนางรอง อ.นางรอง จ.บุรีรัมย์ จำนวน 3 คน

กลุ่ม 5 โรงพยาบาลชัยภูมิ อ.เมือง จ.ชัยภูมิ จำนวน 3 คน

กลุ่ม 6 โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ อ.ภูเขียว จ.ชัยภูมิ จำนวน 3 คน

กลุ่ม 7 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี อ.เมืองนครราชสีมา จ.นครราชสีมา

จำนวน 3 คน

กลุ่ม 8 ทั่วประเทศ จำนวน 5 คน

2. คุณสมบัติผู้สมัคร

2.1 กลุ่มที่ 1 – 7 มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

2.1.1 เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย

2.2.2 อายุไม่น้อยกว่า 17 ปีบริบูรณ์ นับถึงวันสุดท้ายของการรับสมัคร

2.2.3 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์หลักสูตร 1 ปี

และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ สุรินทร์ มหาราชนครราชสีมา นางรอง ชัยภูมิ ภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

หรือมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ในตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทย์โรงพยาบาลดังกล่าว ผู้สมัครต้องมีหนังสือรับรองการปฏิบัติงานต่อเนื่องในตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทย์ จากโรงพยาบาลต้นสังกัด

2.1.4 มีคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX) ในหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ไม่ต่ำกว่า 2.00

2.1.5 ผู้สมัครต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและปราศจากโรคอันเป็นอุปสรรค

ต่อการศึกษา

2.1.6 ไม่เป็นผู้ต้องโทษทางคดีอาญาและประพฤติผิดวินัยอย่างร้ายแรง

2.2 กลุ่มที่ 8 มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

2.2.1 เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย

2.2.2 อายุไม่น้อยกว่า 17 ปีบริบูรณ์ นับถึงวันสุดท้ายของการรับสมัคร

2.2.3 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์หลักสูตร 1 ปี

- กรณีที่สำเร็จการศึกษา ไม่เกิน 5 ปี (นับถึงวันรับสมัคร) ไม่ต้องมีหนังสือ

รับรองการปฏิบัติงาน

- กรณีที่สำเร็จการศึกษา เกิน 5 ปี (วันอนุมัติจบการศึกษา ก่อนวันที่ 18

เมษายน พ.ศ. 2563) ผู้สมัครต้องมีหนังสือรับรองการปฏิบัติงานต่อเนื่องในตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทย์ ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี จากโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือคลินิกเอกชน

2.2.4 มีคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX) ในหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ไม่ต่ำกว่า 2.00

2.2.5 ผู้สมัครต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและปราศจากโรคอันเป็นอุปสรรคต่อ

การศึกษา

2.2.6 ไม่เป็นผู้ต้องโทษทางคดีอาญาและประพฤติผิดวินัยอย่างร้ายแรง

ทั้งนี้ ผู้สมัครต้องตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัคร ตามที่สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ กำหนดให้เรียบร้อย ก่อน หากปรากฏในภายหลังว่าผู้สมัครขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้เป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารปลอม ผู้สมัครจะถูกเพิกถอนสิทธิ์ในการรับการคัดเลือกครั้งนี้ แม้ว่าผู้สมัครจะได้สมัครหรือได้ผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม นอกจากนี้ผู้สมัครยังอาจถูกดำเนินคดีอาญาตามกฎหมายอีกด้วย

3. การสมัครเข้าศึกษา ดำเนินการสมัคร ที่เว็บไซต์ <http://sutgateway.sut.ac.th/> ดังนี้

3.1 ขั้นตอนการสมัคร

3.1.1 รับสมัคร ระหว่างวันพฤหัสบดีที่ 1 พฤษภาคม – วันศุกร์ที่ 2 พฤษภาคม 2568 ภายในเวลา 23.59 น.

3.1.2 บันทึกข้อมูลการสมัครและตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องก่อนยืนยันการสมัคร

3.1.3 Upload file เอกสารประกอบการสมัครเป็น file PDF เท่านั้น โดยรวมเอกสารประกอบการสมัครเป็นจำนวน 1 ไฟล์ ขนาดไม่เกิน 2.50 MB

3.2 เอกสารประกอบการสมัคร

3.2.1 ใบสมัคร (เอกสารแนบ 1)

3.2.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุ

3.2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน

3.2.4 ใบแสดงผลการเรียนตามหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทั้งด้านหน้าและด้านหลัง

3.2.5 ใบแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (เฉพาะกรณี ชื่อ-สกุล ในบัตรประชาชนไม่ตรงกับใบแสดงผลการศึกษาเรียน)

เอกสารข้อที่ 3.2.1 – 3.2.5 ต้องรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกหน้า หรือ ทุกฉบับ และเรียงลำดับตามข้อ 3.2

3.3 การ Upload file เอกสารประกอบการสมัคร

3.3.1 Upload file เอกสารประกอบการสมัคร ระหว่างวันพฤหัสบดีที่ 1 พฤษภาคม – วันศุกร์ที่ 2 พฤษภาคม 2568 ภายในเวลา 23.59 น. เป็น file PDF เท่านั้น โดยรวมเอกสารประกอบการสมัครเป็นจำนวน 1 ไฟล์

3.3.2 การตรวจสอบเอกสารประกอบการสมัคร จะตรวจสอบหลังจากปิดรับสมัคร ทั้งนี้ หากเอกสารไม่ครบถ้วนตามที่สำนักวิชากำหนด จะได้รับการติดต่อกลับจากสำนักวิชาในภายหลัง

อนึ่ง หากปรากฏในภายหลังว่าผู้สมัครขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือหากตรวจพบว่าข้อมูลหรือเอกสารที่ใช้ในการสมัครและการคัดเลือกเป็นเท็จ จะถูกตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และหากได้รับการคัดเลือกเป็นผู้เรียนแล้ว สำนักวิชาจะถอนสถานภาพการเป็นผู้เรียนทันที

4. การคัดเลือก

4.1 ขั้นตอนที่ 1 พิจารณาจากคุณสมบัติของผู้สมัคร ตามข้อ 2

4.2 ขั้นตอนที่ 2 การสอบคัดเลือก

4.2.1 สำนักวิชาจะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบข้อเขียน และสอบปฏิบัติ ในวันอังคารที่ 6 พฤษภาคม 2568 ที่เว็บไซต์ <http://sutgateway.sut.ac.th/> โดยคิดเป็นคะแนนร้อยละ 70 มีรายวิชาสอบข้อเขียน 1 รายวิชา ความรู้พื้นฐานวิชาชีพผู้ช่วยทันตแพทย์ คิดเป็นคะแนนร้อยละ 20 และสอบปฏิบัติ คิดเป็นคะแนนร้อยละ 50 กำหนดการดังนี้

วันที่	กิจกรรม	สถานที่
วันพฤหัสบดีที่ 8 พฤษภาคม 2568	สอบข้อเขียน เวลา 09.00 - 12.00 น.	อาคารสิรินธรวิศวะพัฒน์ (F11) ชั้น 5 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	สอบปฏิบัติ เวลา 13.00 - 16.00 น.	

4.3 ขั้นตอนที่ 3 การสอบสัมภาษณ์ คิดเป็นร้อยละ 30 โดยพิจารณาผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์จากคะแนนการสอบข้อเขียน และคะแนนการสอบปฏิบัติ

4.3.1 สำนักวิชาจะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ในวันศุกร์ที่ 16 พฤษภาคม 2568 ที่เว็บไซต์ <http://sutgateway.sut.ac.th/> โดยมีกำหนดการดังนี้

วันที่	กิจกรรม	สถานที่
วันศุกร์ที่ 23 พฤษภาคม 2568	สอบสัมภาษณ์ เวลา 09.00 - 12.00 น.	อาคารเทพรัตน์วิทยรักษ์ (F12) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

หมายเหตุ ให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ดำเนินการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มที่กำหนด (เอกสารแนบ 2) และนำมายื่นในวันสอบสัมภาษณ์

5. การประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นผู้เรียนเข้าศึกษา

สำนักวิชาประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นผู้เรียนเข้าศึกษา ในวันศุกร์ที่ 30 พฤษภาคม 2568 ที่ <http://sutgateway.sut.ac.th/>

6. กำหนดการ

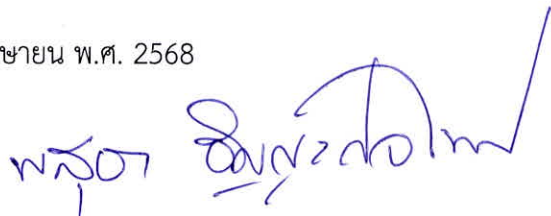
ลำดับที่	วัน/เดือน/ปี	รายการ
1	วันพฤหัสบดีที่ 1 พฤษภาคม – วันศุกร์ที่ 2 พฤษภาคม 2568 (ภายในเวลา 23.59 น.)	1. ดำเนินการสมัครผ่านเว็บไซต์ http://sutgateway.sut.ac.th และผู้สมัครต้องตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้องก่อนยืนยันการสมัคร 2. ผู้สมัคร Upload File เอกสารประกอบการสมัคร
2	วันอังคารที่ 6 พฤษภาคม 2568	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบข้อเขียน และสอบปฏิบัติ
3	วันพฤหัสบดีที่ 8 พฤษภาคม 2568	สอบข้อเขียน และสอบปฏิบัติ
4	วันศุกร์ที่ 16 พฤษภาคม 2568	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์
5	วันศุกร์ที่ 23 พฤษภาคม 2568	สอบสัมภาษณ์
6	วันศุกร์ที่ 30 พฤษภาคม 2568	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นผู้เรียนเข้าศึกษาทางเว็บไซต์ http://sutgateway.sut.ac.th

7. ติดต่อขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

- สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ โทรศัพท 0-4422-3581
- ศูนย์สุขภาพช่องปาก รพ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โทรศัพท 0-4437-6555 ต่อ 6403
- Facebook สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ DENTSUT

กรณีเกิดปัญหาจากการดำเนินการตามประกาศนี้ ให้คณะกรรมการดำเนินการรับสมัครหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เป็นผู้ที่มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาด คำวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ถือเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2568



(ศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.พสุธา ชาญวงกิจไพศาล)
คณบดีสำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์



ลำดับเลขที่สมัคร.....

ใบสมัครผู้เข้าศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง
(กลุ่มผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์หลักสูตร ๑ ปี)
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

๑. ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....เพศ.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สถานภาพ ☐ สมรส ☐ โสด ☐ หม้าย ☐ หย่า
สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
ภูมิลำเนา (ตามทะเบียนบ้าน) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้ทันทีและหากมีการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งที่อยู่ใหม่ให้หลักสูตรทราบโดยด่วน)
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
๒. ชื่อบิดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
(ที่อยู่ติดต่อได้) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
๓. ชื่อมารดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
(ที่อยู่ติดต่อได้) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
๔. สถานภาพบิดามารดา ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่า
๕. ชื่อผู้ปกครองตามกฎหมาย (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
อายุ.....ปี อาชีพ.....
(ที่อยู่ติดต่อได้) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
๖. ประวัติการศึกษา
๖.๑ กำลังศึกษาอยู่ในระดับ
☐ ปวส. ชื่อสถานศึกษา.....จบปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ย.....
☐ ปริญญาตรี ชื่อสถานศึกษา.....จบปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ย.....

๖.๒ สำเร็จการศึกษา

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่า

☐ หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์

(หลักสูตร ๑ ปี)

☐ ปวช.

☐ ปวส.

☐ปริญญาตรี

ชื่อสถานศึกษา.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ยสะสม.....

ชื่อสถานศึกษา.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ยสะสม.....

ชื่อสถานศึกษา.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ยสะสม.....

ชื่อสถานศึกษา.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ยสะสม.....

ชื่อสถานศึกษา.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ยสะสม.....

๗. ความสามารถพิเศษ

.....
.....

๘. ประวัติการทำงาน

๘.๑. ประสบการณ์การทำงาน

๘.๑.๑ สถานที่ปฏิบัติงาน.....จังหวัด.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ตั้งแต่ พ.ศ.ถึง พ.ศ.

กรณีที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า ๒ แห่ง ให้เขียนรายละเอียดเพิ่มเติมลงด้านหลังของใบสมัครแผ่นนี้

๘.๒. สถานที่ทำงานปัจจุบัน

ภาควิชา / คลินิก / โรงพยาบาล/อื่น ๆ.....

กรม.....กระทรวง.....

เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๙. ต้องการสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง (คุณสมบัติตามประกาศรับสมัครฯ) เพื่อศึกษาต่อในหลักสูตรฯ ตามกลุ่มรับสมัคร

☐ กลุ่มโรงพยาบาลบุรีรัมย์ อ.เมือง จ.บุรีรัมย์

☐ กลุ่มโรงพยาบาลสุรินทร์ อ.เมือง จ.สุรินทร์

☐ กลุ่มโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อ.เมืองนครราชสีมา จ.นครราชสีมา

☐ กลุ่มโรงพยาบาลนางรอง อ.นางรอง จ.บุรีรัมย์

☐ กลุ่มโรงพยาบาลชัยภูมิ อ.เมือง จ.ชัยภูมิ

☐ กลุ่มโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ อ.ภูเขียว จ.ชัยภูมิ

☐ กลุ่มโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี อ.เมืองนครราชสีมา จ.นครราชสีมา

☐ กลุ่มทั่วประเทศ

๑๐. โรคประจำตัว

๑๑. ยารักษาโรคที่รับประทานเป็นประจำ.....

๑๒. ท่านเคยป่วยหนักและเป็นโรคติดต่อร้ายแรงมาก่อนหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย

ถ้าเคยโปรดระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้แจ้งไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และอนุญาตให้ใช้และเผยแพร่ข้อมูลในการดำเนินงานรับสมัครของหลักสูตรฯทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ว/ด/ป.....

หนังสือยินยอมจากโรงพยาบาลต้นสังกัด
(กรณีกลุ่มผู้มีความรู้และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชน)

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่
ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....
ถนน.....ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
ซึ่งเป็น ☐ หัวหน้าหน่วยฝ่าย ☐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว)..... ได้ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทย์ ณ โรงพยาบาล ตั้งแต่ วันที่..... เดือน.....ปี พ.ศ.
ถึงวันที่..... เดือน.....ปี พ.ศ. เป็นระยะเวลา..... ปีเดือน จริง และ ตกลงยินยอมให้
(นาย/นาง/นางสาว).....เข้ารับการสอบคัดเลือกและเข้าศึกษาหลักสูตร
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง (หลักสูตร ๒ ปี) ที่สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ปีการศึกษา.....เป็นต้นไป จนกว่าจะสำเร็จการศึกษาครบถ้วนตามที่หลักสูตรกำหนดไว้
ตลอดจนประพฤติและปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ หรือคำสั่งของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี หรือ สำนักวิชาทันต
แพทยศาสตร์ กำหนดหรือที่สั่งไว้ทุกประการ ตลอดเวลาที่ศึกษาอยู่โดยเคร่งครัด
ในการนี้เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการจึงได้ลงลายมือ
ชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน

ลงชื่อ.....พยาน