



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

Continue Education Course in Implant Dentistry

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

รูปถ่าย 1 นิ้ว

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย).....ชื่อเล่น.....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ).....อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ที่อยู่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....มือถือ..... ID Line.....

อีเมล.....สถานที่ติดต่อที่สะดวก ที่บ้าน ที่ทำงาน

สำเร็จการศึกษาจาก.....ปีการศึกษา.....

การศึกษาหลังปริญญา

วุฒิกการศึกษา.....จาก.....ปี.....

วุฒิกการศึกษา.....จาก.....ปี.....

ยินยอมชำระค่าอบรมทั้งหมดเมื่อทำการสมัครเป็นจำนวนเงิน 250,000 บาท

ยินยอมแบ่งชำระค่าอบรมโดยแบ่งชำระ ดังนี้

- ชำระมัดจำงวดแรกเมื่อทำการสมัคร 40,000 บาท
- ชำระค่าอบรมส่วนที่เหลือเป็นรายเดือน เดือนละ 30,000 บาท เป็นเวลา 7 เดือน

ผู้สมัครยินยอมชำระจำนวนเงินดังกล่าวข้างต้นตามเงื่อนไขและกำหนดเวลาที่ทางวิทยาลัยได้แจ้งให้ทราบ หาก
พ้นกำหนดชำระแล้วยังมิได้ชำระให้ถือว่าผู้สมัครสละสิทธิ์การเข้าอบรม การชำระเงินให้โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์
ธนาคารกรุงไทย สาขาอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ ซื่อบัญชี วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติ เลขที่บัญชี 007-0-19936-1

หลักฐานในการสมัคร

1 สำเนาปริญญาบัตร หรือใบแสดงวุฒิการศึกษา

2 สำเนาใบประกอบโรคศิลป์

3 รูปถ่าย 1 นิ้ว 2 รูป

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

ส่งใบสมัครและหลักฐานในการสมัครมาที่

วิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์นานาชาติ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

979/42-46 อาคารเอสเอ็มทาวเวอร์ ชั้น 19 ถนนพหลโยธิน แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400 โทร. 0-2299-0935