



คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
หัวหมาก บางกะปิ กทม. 10240
โทรศัพท์: 02-3108907-8 โทรสาร: 02-3108907
เว็บไซต์: <http://www.opto.ru.ac.th> อีเมล: opto@ru.ac.th

คำชี้แจงการสมัครทางไปรษณีย์

หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (Doctor of Optometry)

ระยะเวลาการรับสมัครทางไปรษณีย์ : ตั้งแต่วันที่ 27 มีนาคม 2560 – 19 พฤษภาคม 2560

ค่าสมัครสอบ : 500 บาท

ข้อปฏิบัติในการสมัคร : กรอกใบสมัครให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ตรวจสอบหลักฐานให้ถูกต้อง จัดเรียงเอกสารให้เรียบร้อย แล้วส่งไปรษณีย์ไปยัง งานวิชาการ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง หัวหมาก บางกะปิ กทม. 10240 ภายในระยะเวลาที่กำหนด

เอกสารในการสมัครทางไปรษณีย์ : (ให้ผู้สมัครตรวจสอบก่อนส่งไปรษณีย์)

1. แบบฟอร์มการส่งหลักฐานการสมัครทางไปรษณีย์ หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต
2. ใบสมัคร
3. รูปถ่ายติดใบสมัคร ขนาด 2 นิ้ว 2 รูป
4. รูปถ่ายติดบัตรประจำตัวผู้สมัครสอบ ขนาด 1 นิ้ว 2 รูป
5. สำเนาวุฒิการศึกษา (Transcript) สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน อย่างละ 3 ฉบับ
6. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (เฉพาะกรณีชื่อ-สกุล ในหลักฐานไม่ตรงกัน) 3 ฉบับ
7. ใบรับรองแพทย์ 1 ฉบับ
8. สำเนาหลักฐานการชำระเงินค่าสมัครสอบ จำนวน 500 บาท 1 ฉบับ
9. ซองจดหมายขนาด 11 x 23 ซม. ติดแสตมป์ 3 บาท จ่าหน้าซองถึงตัวเอง จำนวน 1 ซอง

กรณีที่ผู้สมัครไม่แนบซองจดหมายมาพร้อมใบสมัคร คณะฯ จะไม่ส่งใบเสร็จการชำระเงินให้ผู้สมัครสามารถขอรับใบเสร็จการชำระเงิน ณ คณะทันตแพทยศาสตร์ ในวันที่มาสอบคัดเลือก

หมายเหตุ : หลักฐานการสมัครทุกอย่างที่เป็นสำเนา ผู้สมัครต้องเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องทุกใบ

การส่งหลักฐาน : นำหลักฐานทั้งหมดใส่ซองจดหมายขนาด 23 x 32 ซม.

จ่าหน้าซองถึง งานวิชาการ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง หัวหมาก บางกะปิ กทม. 10240

คณะทันตแพทยศาสตร์จะส่งใบเสร็จการชำระเงินให้ผู้สมัครภายใน 2 สัปดาห์
หลังจากที่ได้รับหลักฐานการสมัคร หากท่านยังไม่ได้รับใบเสร็จดังกล่าว
โปรดติดต่อ งานวิชาการ คณะทันตแพทยศาสตร์ โทร. 02-3108906



คณะทันตมาตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
 ห้วยหมาก บางกะปิ กทม. 10240
 โทรศัพท์: 02-3108907-8 โทรสาร: 02-3108907
 เว็บไซต์: <http://www.opto.ru.ac.th> อีเมล: opto@ru.ac.th

แบบฟอร์มการส่งหลักฐานการสมัครทางไปรษณีย์
หลักสูตรทันตมาตรศาสตรบัณฑิต (Doctor of Optometry)

ข้อมูลผู้สมัคร : (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ชื่อ-สกุล.....

เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)..... อีเมล.....

การชำระเงิน :

โอนเงินค่าสมัครสอบ จำนวน 500 บาท เข้าบัญชีเงินฝากเพื่อเรียก ธนาคารออมสิน สาขารามคำแหง
 ชื่อบัญชี ม.ร. คณะทันตมาตรศาสตร์ (เงินรับฝาก) หมายเลขบัญชี 020-095-381-552

เอกสารในการสมัครทางไปรษณีย์ : (ให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบหลักฐานให้ครบ ก่อนส่งให้งานการเงินออกใบเสร็จ)

1. แบบฟอร์มการส่งหลักฐานการสมัครทางไปรษณีย์ หลักสูตรทันตมาตรศาสตรบัณฑิต
2. ใบสมัคร
3. รูปถ่ายติดใบสมัคร ขนาด 2 นิ้ว 2 รูป
4. รูปถ่ายติดบัตรประจำตัวผู้สมัครสอบ ขนาด 1 นิ้ว 2 รูป
5. สำเนาวุฒิการศึกษา (Transcript) สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน อย่างละ 3 ฉบับ
6. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (เฉพาะกรณีชื่อ-สกุล ในหลักฐานไม่ตรงกัน) 3 ฉบับ
7. ใบรับรองแพทย์ 1 ฉบับ
8. สำเนาหลักฐานการชำระเงินค่าสมัครสอบ จำนวน 500 บาท 1 ฉบับ
9. ซองจดหมายขนาด 11 x 23 ซม. ติดแสตมป์ 3 บาท จ่าหน้าซองถึงตัวเอง จำนวน 1 ซอง

กรณีที่ผู้สมัครไม่แนบซองจดหมายมาพร้อมใบสมัคร คณะฯ จะไม่ส่งใบเสร็จการชำระเงินให้ผู้สมัครสามารถ
 ขอรับใบเสร็จการชำระเงิน ณ คณะทันตมาตรศาสตร์ ในวันที่มาสอบคัดเลือก

หมายเหตุ : หลักฐานการสมัครทุกอย่างที่เป็นสำเนา ผู้สมัครต้องเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องทุกใบ

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบหลักฐานการสมัคร

ส่งสำเนาหลักฐานการชำระเงินค่าสมัครสอบ จำนวน 500 บาท พร้อมซองจดหมายจ่าหน้าซองถึงผู้สมัคร
 ให้งานการเงินออกใบเสร็จการชำระเงิน แล้วส่งไปรษณีย์ให้แก่ผู้สมัครภายใน 2 สัปดาห์