แบบแจ้งยืนยันการรับทุนสนับสนุนการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา
(ประเภททุนยกเว้นค่าธรรมเนียมการศึกษา)
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ประจำภาคการศึกษา.....ปีการศึกษา.....

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจงภาษาไทย)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

โทรศัพท์.....E-mail.....

ผู้ผ่านการคัดเลือกและมีสิทธิ์เข้าศึกษาระดับ

❒ ปริญญาโท [ ] แผนวิชาการ (ทำวิทยานิพนธ์เท่านั้น)

หลักสูตร.....สาขาวิชา.....

❒ ปริญญาเอก [ ] แบบ 1.1 [ ] แบบ 1.2

หลักสูตร.....สาขาวิชา.....

เป็นผู้ผ่านการคัดเลือกให้รับทุนสนับสนุนการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา (ประเภททุนยกเว้นค่าธรรมเนียมการศึกษา) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ประจำภาคการศึกษา.....ปีการศึกษา.....
ขอรับรองว่า ข้าพเจ้า

❒ ยืนยันสิทธิ์ในการรับทุน.....

❒ สละสิทธิ์ในการรับทุน เนื่องจาก.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้รับทุน
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
ตำแหน่ง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพธ์/ประธานหลักสูตร
วันที่.....

หมายเหตุ: โปรดส่งแบบแจ้งยืนยันการรับทุนสนับสนุนการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มาที่งานบัณฑิตศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชาธานี 34190 ภายในวันที่.....หากพ้นกำหนดดังกล่าวและยังมิได้ส่งแบบแจ้งการยืนยันรับทุน จะถือว่าสละสิทธิ์ในการรับทุน