



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 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์/ประธานหลักสูตร

วันที่.....

หมายเหตุ: โปรดส่งแบบแจ้งยืนยันการรับทุนสนับสนุนการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มาที่งานบัณฑิตศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 ภายในวันที่ **21 พฤษภาคม 2568** หากพ้นกำหนดดังกล่าวและยังมิได้ส่งแบบแจ้งการยืนยันรับทุนจะถือว่าสละสิทธิ์ในการรับทุน