



RAJAMANGALA UNIVERSITY OF TECHNOLOGY SRIVIJAYA

OFFICE OF INTERNATIONAL AFFAIRS
1 RATCHADAMNEONNOK ROAD, BOYANG SUB-DISTRICT, MUANG DISTRICT,
SONGKHLA 90000 THAILAND

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------------|
| ชื่อ-ชื่อสกุล | | รูปถ่าย | |
| ชื่อ-ชื่อสกุลภาษาอังกฤษ (ตามหนังสือเดินทาง) | | | |
| สัญชาติ | รหัสประจำตัวนักศึกษา | | |
| เพศ | สถานภาพ | | |
| ศาสนา | อายุ | | |
| วัน | เดือน | ปีเกิด | เลขที่หนังสือเดินทาง (ถ้ามี) |
| E-Mail | | | Facebook |
| ที่อยู่ | | | |
| หมายเลขโทรศัพท์ | | หมายเลขโทรศัพท์มือถือ | |
| มหาวิทยาลัย | | | |
| คณะ | | สาขา | |
| ระดับความสามารถทางภาษาอังกฤษ <input type="checkbox"/> อ่อนมาก <input type="checkbox"/> พอใช้ <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ดีมาก ความสามารถทางภาษาอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก มี โปรดระบุระดับความสามารถทางภาษา | | | |
| โครงการที่นักศึกษาสนใจเข้าร่วม <input type="checkbox"/> โครงการแลกเปลี่ยนนักศึกษากับมหาวิทยาลัยคู่สัญญา <input type="checkbox"/> โครงการพัฒนาทักษะภาษาจีนในมหาวิทยาลัยต่างประเทศ <input type="checkbox"/> โครงการฝึกอบรมทักษะภาษาอังกฤษภาคฤดูร้อน (International Soft Skills & Leadership Camp 2015 ณ ประเทศมาเลเซีย) <input type="checkbox"/> โครงการนักศึกษาฝึกงานในต่างประเทศ <input type="checkbox"/> โครงการค่ายพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ | | | |
| บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน ชื่อ-ชื่อสกุล ที่อยู่ เกี่ยวข้องเป็น _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____ | | | |
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากพบข้อมูลที่ไม่เป็นความจริงประการใด หลักฐานการสมัครฉบับนี้ถือเป็นโมฆะได้ทันที ลงชื่อ: วันที่: ลงชื่ออาจารย์/นักวิเทศสัมพันธ์ ประจำคณะ/วิทยาลัย _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____ | | | |