



RAJAMANGALA UNIVERSITY OF TECHNOLOGY SRIVIJAYA

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

ชื่อ-ชื่อสกุล		รูปถ่าย	
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 โปรดระบุระดับความสามารถทางภาษาอังกฤษ			
โครงการที่นักศึกษาสนใจเข้าร่วม <input type="checkbox"/> โครงการแลกเปลี่ยนนักศึกษากับมหาวิทยาลัยคู่สัญญา <input type="checkbox"/> โครงการพัฒนาภาษามาลายูเบื้องต้น <input type="checkbox"/> โครงการฝึกทักษะด้านภาษาต่างประเทศ <input type="checkbox"/> โครงการแลกเปลี่ยนนักศึกษาและบุคลากรกับสถาบันการศึกษาต่างประเทศ <input type="checkbox"/> โครงการกิจกรรมส่งเสริมทักษะในการทำงานข้ามวัฒนธรรม <input type="checkbox"/> โครงการส่งเสริมการฝึกงานและสหกิจศึกษา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ) ในต่างประเทศ			
บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน ชื่อ-ชื่อสกุล ที่อยู่ เกี่ยวข้องเป็น _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____			
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากพบข้อมูลที่ไม่เป็นความจริงประการใด หลักฐานการสมัครฉบับนี้ถือเป็นโมฆะได้ทันที ลงชื่อ: วันที่: ลงชื่ออาจารย์/นักวิเทศสัมพันธ์ ประจำคณะ/วิทยาลัย _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____			