

**แบบตอบรับ**  
**เข้าร่วมโครงการพัฒนาความพร้อมทางวิชาการสำหรับนักเรียนใน**  
**โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน เพื่อเข้าศึกษาปีการศึกษา 2559**  
**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร**

1. ชื่อ-สกุล(นาย/นางสาว).....  
โรงเรียน.....อำเภอ..... จังหวัด.....  
ภูมิลำเนาปัจจุบัน อำเภอ..... จังหวัด.....  
ที่อยู่ติดต่อสะดวก.....  
หมายเลขโทรศัพท์.....มือถือ(ระบุ 2 เบอร์).....  
อีเมลล์ (ปัจจุบัน) .....
2. เข้าร่วมโครงการพัฒนาความพร้อมทางวิชาการสำหรับนักเรียนในโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน เพื่อเข้าศึกษาปีการศึกษา 2559 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
 ยืนยันการเข้าร่วมโครงการพัฒนาความพร้อมทางวิชาการ  
 สละสิทธิ์การเข้าร่วมโครงการพัฒนาความพร้อมทางวิชาการ
3. สมัครโควตาของมหาวิทยาลัยนเรศวร  
 สมัคร สาขาวิชาอันดับที่ 1.....  
สาขาวิชาอันดับที่ 2.....  
 ไม่ได้สมัคร
4. สมัครสอบกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท)  
 สมัครแล้ว  ไม่ได้สมัคร
5. การเข้าพักระหว่างการเข้าร่วมโครงการพัฒนาความพร้อมทางวิชาการ  
 เข้าพักระหว่างการเข้าร่วมโครงการ โดยให้คณะแพทยศาสตร์จัดให้ (3 คน/ห้อง)  
 ไม่เข้าพักระหว่างการเข้าร่วมโครงการ
6. ประเภทอาหาร  อาหารทุกประเภท  อาหารอิสลาม  อื่น ๆ ระบุ.....
7. โรคประจำตัว  ไม่มี  มี คือ.....
8. การแพ้อาหาร  ไม่แพ้อาหาร  แพ้อาหาร คือ.....
8. การเดินทาง  
 เดินทางด้วยตนเอง โดย.....  
 เดินทางโดยรถรับ – ส่ง ที่คณะแพทยศาสตร์จัดให้

ลงชื่อ.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ**
1. ให้นักเรียนกรอกข้อมูลรายละเอียดลงในแบบตอบรับให้ครบถ้วน แล้วนำมายื่นให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในวันรายงานตัวเข้าร่วมโครงการฯ (29-30 กันยายน 2558)
  2. หากมีข้อสงสัย สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทร 0 5596 7957

การเตรียมตัวสำหรับนักเรียนในการเข้าร่วมโครงการพัฒนาความพร้อมทางวิชาการ  
โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน ปีการศึกษา 2559

1. กิจกรรมอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม
2. นักเรียนต้องเข้าร่วมโครงการพัฒนาความพร้อมทางวิชาการฯ ไม่น้อยกว่า 80% ของโครงการ
3. การแต่งกายเข้าร่วมกิจกรรม ให้ใส่ชุดนักเรียน และชุดพลະเท่านั้น
4. เตรียมของใช้ส่วนตัวที่จำเป็น สำหรับการอยู่หอพัก
5. สถานที่พักนักเรียน คือ โรงแรมเค ฮอลล์ อยู่ด้านหน้ามหาวิทยาลัยนเรศวร
6. ไม่ควรนำสิ่งของมีค่าติดตัวมา หากสูญหายคณะแพทยศาสตร์จะไม่รับผิดชอบใดๆทั้งสิ้น
7. คณะแพทยศาสตร์ จัดเลี้ยงอาหารตลอดโครงการ
8. คณะแพทยศาสตร์มีรถตู้บริการรับ-ส่ง ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในวันที่ 6 และ 28 ตุลาคม 2558
9. วันที่ 6 ตุลาคม 2558 สำหรับผู้ที่เดินทางมาเอง ให้พบกันที่ หน้าโรงแรม K.Hall เวลา 15.00 น. เพื่อประชุมนัดหมายก่อนเริ่มทากิจกรรม
10. สำหรับผู้ที่แจ้งว่าจะเดินทางกับรถตู้คณะ ควรจะมีกระเป๋าสัมภาระเพียง 2 ใบเท่านั้น เนื่องจากรถตู้มีจำนวนจำกัด
11. ให้นักเรียนกรอกข้อมูลลงในแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการฯ แล้วส่งให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในวันรายงานตัว วันที่ 29 – 30 กันยายน 2558 ภายในเวลา 16.30 น.

\*\*\*ผู้ที่จะเปลี่ยนแปลงการเดินทาง กรุณาแจ้งกับผู้ประสานงานที่เบอร์ 055-96-7957\*\*\*