



กำหนดการทำสัญญาเข้ารับการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตร  
ประจำปีการศึกษา 2560

ตามที่ ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทยได้เปิดรับสมัครสอบคัดเลือกทันตแพทย์  
เข้าฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรสาขาต่างๆ ประจำปีการศึกษา 2560 และได้ดำเนินการสอบคัดเลือกทันตแพทย์  
เข้าฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรสาขาต่างๆ แล้ว นั้น

ที่ประชุมคณะผู้บริหารราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 4/2560 เมื่อวันที่  
26 เมษายน 2560 ได้มีมติอนุมัติผลการสอบคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตร ประจำปีการศึกษา  
2560 โดยอนุมัติจากที่ประชุมคณะกรรมการทันตแพทยสภา วาระที่ 8 ครั้งที่ 5/2560 เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม  
2560

ขอให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรสาขาต่างๆ มาทำสัญญาเข้ารับการ  
ฝึกอบรมกับราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ณ สำนักงานเลขาธิการทันตแพทยสภา ชั้น 6 อาคาร  
สถาบันทันตกรรม ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่วันที่ 16 – 23 มิถุนายน 2560 ในวันและเวลา  
ราชการ (08.30-16.30 น.) โดยขอให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือก ตอบรับผลการคัดเลือก หรือผู้ที่ประสงค์สละสิทธิ์  
การคัดเลือก โปรดกรอกรายละเอียดตามแบบฟอร์มแนบท้าย และส่งมาที่ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่ง  
ประเทศไทย ภายในวันที่ 24 พฤษภาคม 2560 หากไม่ตอบรับมาภายในวันดังกล่าว จะถือว่าสละสิทธิ์การ  
เข้าฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตร ตามที่ได้รับการคัดเลือก

หมายเหตุ ผู้ที่มาทำสัญญา โปรดเตรียมสำเนาบัตรประชาชน จำนวน 2 ชุด  
และหลักฐานการชำระเงินบำรุงราชวิทยาลัยฯ จำนวน 3,000 บาท โดยราชวิทยาลัยฯ  
จะส่งใบ pay in ไปที่อีเมลล์ของผู้ที่ตอบการคัดเลือกเพื่อนำไปชำระเงินที่ธนาคารต่อไป

หนังสือตอบรับการเข้าฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตร  
ประจำปีการศึกษา 2560

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ตอบรับการเข้าฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตร ประจำปีการศึกษา 2560

เรียน เลขาธิการราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

ด้วยข้าพเจ้า.....ผู้ได้รับคัดเลือกเข้า ฝึกอบรม  
เพื่อวุฒิบัตร ประจำปีการศึกษา 2560 สาขา.....  
สถาบัน.....ข้าพเจ้าขอตอบรับการเข้าฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตร  
ประจำปีการศึกษา 2560 ตามที่ได้รับการคัดเลือก

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....  
(.....)

(กรุณาตอบกลับภายในวันที่ 24 พฤษภาคม 2560)

ส่งกลับได้ 2 ช่องทาง คือ

1. โทรสาร 0 2951 0422
2. E-mail : [royalthaident@gmail.com](mailto:royalthaident@gmail.com)

หนังสือขอสิทธิเข้าฝึกอบรมเพื่อผู้สมัคร  
ประจำปีการศึกษา 2560

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสิทธิเข้าฝึกอบรมเพื่อผู้สมัคร ประจำปีการศึกษา 2560

เรียน เลขาธิการราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

ด้วยข้าพเจ้า.....ผู้ได้รับคัดเลือกเข้าฝึกอบรม  
เพื่อผู้สมัคร ประจำปีการศึกษา 2560 สาขา.....  
สถาบัน.....ข้าพเจ้าขอสิทธิเข้าฝึกอบรมเพื่อผู้สมัคร  
ประจำปีการศึกษา 2560 เนื่องจาก.....  
.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....  
(.....)

(กรุณาตอบกลับภายในวันที่ 24 พฤษภาคม 2560)

ส่งกลับได้ 2 ช่องทาง คือ

1. โทรสาร 0 2951 0422
2. E-mail : [royalthaident@gmail.com](mailto:royalthaident@gmail.com)