

แบบสำรวจความประสงค์ในการรับนักศึกษาและบุคลากรต่างชาติมาแลกเปลี่ยน

**วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข**

1. คณะ/สำนักของท่านมีความประสงค์จะรับนักศึกษาและบุคลากรต่างชาติมาแลกเปลี่ยนหรือไม่

[ ]  มีความประสงค์ (ตอบข้อ 2-7) [ ]  ไม่มีความประสงค์

1. หลักสูตร/สาขาวิชาที่จะรับนักศึกษาและบุคลากรมาแลกเปลี่ยน

ระดับปริญญาตรี [ ]  แพทยศาสตร์   จำนวนรับ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_คน ภาคการศึกษาที่รับ\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 [ ]  อนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวนรับ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_คน ภาคการศึกษาที่รับ\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 [ ]  สาธารณสุขศาสตร์ จำนวนรับ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_คน ภาคการศึกษาที่รับ\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ระดับปริญญาโท [ ]  ชีวเวชศาสตร์   จำนวนรับ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_คน ภาคการศึกษาที่รับ\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 [ ]  สาธารณสุขศาสตร์ จำนวนรับ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_คน ภาคการศึกษาที่รับ\_\_\_\_\_\_\_\_\_

กิจกรรมการแลกเปลี่ยน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ระดับปริญญาตรี [ ]  ลงทะเบียนเรียน [ ]  อบรม [ ]  ฝึกงาน [ ]  ทำวิจัย [ ]  แลกเปลี่ยนวัฒนธรรมธรรม

 [ ]  อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ระดับปริญญาโท [ ]  ลงทะเบียนเรียน [ ]  อบรม [ ]  ฝึกงาน [ ]  ทำวิจัย [ ]  สอน/ช่วยสอน

 [ ]  แลกเปลี่ยนวัฒนธรรมธรรม [ ]  อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ระยะเวลาในการแลกเปลี่ยน ☐ กำหนด (โปรดระบุระยะเวลา) ☐ น้อยกว่า 1 เดือน ☐ 1-3 เดือน ☐ 3 เดือนขึ้นไป

 ☐ ไม่กำหนด

1. คุณสมบัติของนักศึกษาและบุคลากรที่จะเดินทางมาแลกเปลี่ยน (ถ้ามี)

ระดับปริญญาตรี [ ]  กำหนด (โปรดระบุ เช่น เกรดเฉลี่ยสะสม ความรู้ความสามารถทางด้านภาษา ผลงานวิจัย/ตีพิมพ์ หรือ

 ประสบการณ์ด้านอื่นๆ เป็นต้น) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  ไม่กำหนด

ระดับปริญญาโท [ ]  กำหนด (โปรดระบุ เช่น เกรดเฉลี่ยสะสม ความรู้ความสามารถทางด้านภาษา ผลงานวิจัย/ตีพิมพ์ หรือ

 ประสบการณ์ด้านอื่นๆ เป็นต้น) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  ไม่กำหนด

1. คณะของท่านมีความประสงค์จะให้ทุนแลกเปลี่ยนแก่นักศึกษาและบุคลาต่างชาติ หรือไม่

[ ]  มีความประสงค์ [ ]  ไม่มีความประสงค์

กรณีที่คณะมีความประสงค์จะให้ทุนแลกเปลี่ยนแก่นักศึกษาและบุคลากรต่างชาติ ทั้งในรูปแบบของการสนับสนุนงบประมาณและการให้ความช่วยเหลือในลักษณะอื่นๆ เช่น การยกเว้นค่าลงทะเบียน และ/หรือค่าธรรมเนียมๆอื่นๆที่คณะเรียกเก็บ การสนับสนุนที่พัก การจัดหาพาหนะ เป็นต้น โปรดระบุรายละเอียดทุน \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. คณะของท่านได้จัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนระยะสั้นอื่นๆ เช่น ค่ายวิชาการ ค่ายวัฒนธรรม ค่ายฤดูร้อน ที่ประสงค์จะรับนักศึกษาและบุคลากรต่างชาติเข้าร่วมกิจกรรม หรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

กรณีที่คณะมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนระยะสั้นและประสงค์ให้สำนักงานวิเทศสัมพันธ์ดำเนินการประชาสัมพันธ์ไปยังหน่วยงาน/สถาบันการศึกษาในต่างประเทศ โปรดแนบรายละเอียดโครงการ/กิจกรรม

**วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข**

1. ผู้ประสานงานการแลกเปลี่ยนนักศึกษาและบุคลากรของวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
	1. ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.2 ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                         ลงชื่อ

         ( )

สามารถดาวโหลดแบบฟอร์มดังกล่าวนี้ได้ที่เว็บไซต์ของสำนักงานวิเทศสัมพันธ์ https://www.ubu.ac.th/web/inter