**หนังสืออนุญาตให้นักศึกษาเข้าร่วมโครงการ “ทุนสนับสนุนนักศึกษาแพทย์เพื่อเข้าร่วมโครงการแลกเปลี่ยนนักศึกษาต่างประเทศ”**

ตามที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้จัดโครงการทุนสนับสนุนนักศึกษาแพทย์เพื่อเข้าร่วมโครงการแลกเปลี่ยนนักศึกษาต่างประเทศ” ประจำปี \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

นักศึกษา ชื่อ-สกุล นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่

รหัสประจำตัวนักศึกษาได้สมัครเข้าร่วมโครงการแลกเปลี่ยนนักศึกษา / มีความสนใจที่จะสมัครไป Elective ต่างประเทศ ณ มหาวิทยาลัย

ประเทศ

ในฐานะอาจารย์ที่ปรึกษา จึงอนุญาตให้ (นาย/นางสาว)  

สมัครเข้าร่วมโครงการดังกล่าว และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือก ยินดีอนุญาตให้นักศึกษาผู้นี้เดินทาง

ไป ต่างประเทศเพื่อเข้าร่วมโครงการฯ ได้ และขอให้ความเห็นเพิ่มเติมประกอบการคัดเลือก ดังนี้

\*\* คะแนนเต็ม 5 คะแนน เรียงจากน้อยไปหามาก\*\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| หัวข้อการประเมินนักศึกษา | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. นักศึกษามีวัตถุประสงค์และสาขาที่ตัวเองชัดเจน ในการสมัครเข้าร่วมโครงการแลกเปลี่ยนนักศึกษา / สมัครรับทุนสนับสนุน |  |  |  |  |  |
| 2. ความสามารถทางการสื่อสารโดยรวมของนักศึกษา |  |  |  |  |  |
| 3. บุคลิกภาพและการปรับตัวเข้าตัวของผู้อื่น |  |  |  |  |  |
| 4. นักศึกษามีเป้าหมายในชีวิตและมีความมุ่งมั่นในความสำเร็จ |  |  |  |  |  |
| 5. นักศึกษามีความรับผิดชอบ |  |  |  |  |  |
| 6. นักศึกษามีความตรงต่อเวลา |  |  |  |  |  |
| 7.นักศึกษามีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี |  |  |  |  |  |
| 8. นักศึกษามีความเหมาะสมในการรับทุนสนับสนุนฯ จากคณะฯ |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

อาจารย์ที่ปรึกษา วันที่\_\_\_\_\_เดือน\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_