



## Enrollment Confirmation and Instructions for Accepted Students

### Doctor of Medicine (International Program)

### Inter Portfolio Round 1, Academic Year 2026

.....

1. Please complete the enclosed form and attach one photograph (4.0 × 6.0 cm). The completed form must be submitted to the CICM Testing Center **on March 23, 2026 (the Contract Signing Date).**
2. Please present all original reports/official documents required for this admission and submit copies of those documents to the CICM Testing Center **on March 23, 2026 (Contract Signing Date).** All copies must be certified as true copies of the originals. Applicants who submit fake, incorrect, or falsified documents will be disqualified and prohibited from the program.

**Please prepare the original documents and certified copies of the following required documents:**

- High School Certificate or Diploma, or any other equivalent qualification authorized by the respective country's Ministry of Education or other designated government agency; or an official document issued by the school confirming that the student is expected to graduate in the current academic year.
  - Official transcript of records.
  - Identification Card and House Registration.
  - A copy of the name/surname change certificate, if applicable.
  - Proof of English proficiency test results (IELTS/TOEFL/TU-GET).
  - Results of the University Clinical Aptitude Test (UCAT).
3. You are required to undergo a medical physical examination and chest X-ray at any public or private hospital by downloading the "Medical Examination Report Form" from the website ([www.cicm.tu.ac.th](http://www.cicm.tu.ac.th)). This form must be completed by a responsible physician and include the official hospital stamp and the physician's signature. Please submit the completed form to the CICM admission staff **on March 23, 2026 (Contract Signing Date).**

**For more information, please contact the CICM Admissions**

Mobile: 094-5531535, 094-3259199, 061-8204632

Email: [med.inter.cicm@gmail.com](mailto:med.inter.cicm@gmail.com)

4x6 cm. photo.



แบบฟอร์มรายงานตัวผู้ผ่านการคัดเลือก รอบ Inter Portfolio 1  
แพทยศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์  
(หลักสูตรนานาชาติ/หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2567)

Enrollment Confirmation Form for the Doctor of Medicine (International Program)  
Round Inter Portfolio 1, Academic Year 2026

.....

(กรุณากรอกข้อมูลด้วยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ / Please fill out this form in Thai or English)

ชื่อ-นามสกุล (Student's Name) .....

เพศ / Gender  ชาย / Male  หญิง / Female

บัตรประชาชนเลขที่ / ID. Number.....

เป็นผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชา  
วิทยาศาสตร์การแพทย์ (หลักสูตรนานาชาติ/หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2567) ปีการศึกษา 2569

วัน/เดือน/ปี เกิด

Date of Birth ..... อายุ / Age ..... ปี/year

เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

Race..... Nationality..... Religion.....

ผู้สมัครสำเร็จการศึกษาหรือกำลังจะจบการศึกษาระดับ ม.ปลาย ปีการศึกษา

Year of High school Graduation .....

จากโรงเรียน (School) .....

แผนการศึกษา/ Education program

วิทยาศาสตร์-คณิต / Science-Mathematics

อื่นๆ / Others

เกรดเฉลี่ยรวม / GPA .....

## สถานที่ติดต่อปัจจุบัน / Current contact location

บ้านเลขที่ House Registration Number ..... ตำบล/แขวง (Sub-District) .....

อำเภอ/เขต (District) ..... จังหวัด (Province) .....

รหัสไปรษณีย์ (Zip Code) ..... โทรศัพท์ (Telephone) .....

โทรศัพท์มือถือ (Mobile Phone) .....

E-mail .....

## รายละเอียด / ประวัติครอบครัว (Family Details / History)

ชื่อ-สกุลบิดา (Father's name) .....

อาชีพ (Occupation) ..... โทรศัพท์มือถือ (Mobile Phone) .....

ชื่อ-สกุลมารดา (Mother's name) .....

อาชีพ (Occupation) ..... โทรศัพท์มือถือ (Mobile Phone) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในประกาศ การรับสมัครของหลักสูตร และขอรับรองว่าข้อมูล รายละเอียด และเอกสารหลักฐานทั้งหมดที่ปรากฏในรูปแบบฟอร์ม การรายงานตัวและเอกสารประกอบการสมัครเป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อหนึ่งข้อใดตามที่กำหนดไว้ หรือได้ให้ข้อมูลหรือเอกสารอันเป็น เท็จหรือไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยเพิกถอนสิทธิการเข้าศึกษา หรือยกเลิกสถานภาพการเป็น นักศึกษาได้ โดยข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องสิทธิหรือดำเนินการอุทธรณ์ใด ๆ ทั้งสิ้น

I hereby certify that I possess all qualifications required under the criteria and conditions specified in the program's admission announcement. I further certify that all information and supporting documents provided in this Enrollment Confirmation Form and related application materials are true and accurate in every respect.

Should it subsequently be found that I do not meet any of the required qualifications, or that any information or documents provided are false or inaccurate, I consent to the University's right to revoke my admission or terminate my student status. In such case, I shall not make any claim or appeal whatsoever.

ลงชื่อ / Student's signature .....

(.....)

วัน/เดือน/ปี Day/Month/Year ...../...../.....



# Medical Examination Report



## For Candidates to Study in the Doctor of Medicine (English Program), the Doctor of Dental Surgery (Bilingual Program) And Doctor of Medicine (International Program) Chulabhorn International College of Medicine, Thammasat University

All eligible candidates for the examinations and interviews to study at Chulabhorn International College of Medicine are required to undertake a medical physical examinations and chest x-rays at any public or private hospital. The Medical Examination Report Form must be filled out by the responsible physician with an official hospital logo stamp along with the physician's signature. It is important that all sections are completed including medical history and the physical examination.

This completed form must be submitted to CICM International Testing Center by the scheduled date and time. We reserve the right to reject the form if there is an evidence that false information are submitted in the Medical Examination Report Form or any supporting documents.

### Part 1: For Candidate

Name-Surname  Mr.  Ms.  Mrs. ....  
Date of Birth (DD/MM/YY)..... Age.....years  
Personal identification number/Passport number.....  
Issued by (country)..... Expiry date .....

### Part 2: For Physician

#### 1. Physical Examination (By M.D.)

Height ..... cm.                      Blood Pressure ...../..... mm.Hg.  
Weight .....kg.                      Pulse Rate .....per min.

HEENT       Normal       Abnormal .....  
Chest       Normal       Abnormal .....  
Abdomen       Normal       Abnormal .....  
Back       Normal       Abnormal .....  
Skin       Normal       Abnormal .....  
Neuro       Normal       Abnormal .....

2. Laboratory Examination (Please present a laboratory report together)

CBC .....  
FBS .....  
BUN .....  
Creatinine .....  
Urine Analysis .....

3. Chest X--Ray

Normal       Abnormal

Findings .....  
.....  
.....

4. Visual Acuity Test

Right Eye .....

Left Eye .....

5. Color Blind Test

.....  
.....

6. Hearing Test & Audiogram

.....  
.....

7. Summary / Recommendation

.....  
.....  
.....

Physician's Signature .....

(.....)

Hospital Name .....

Note: Form must be filled out by the responsible physician with an official hospital logo stamp.