

**Enrollment Confirmation and Contract Process Instructions**  
**For All Accepted Students to study in the**  
**Doctor of Dental Surgery Program (Bilingual Program)**  
**Round 1 (Portfolio), Academic Year 2026**

.....

1. Please fill out and attach one photo of 4.0 cm x 6.0 cm size to the enclosure form, then provide to CICM Testing Center on March 24, 2026 (Contract Signing Date).

2. Please present all of the original reports/official documents that are required for this admission and make a copy of those documents to provide to CICM Testing Center on March 24, 2026 (Contract Signing Date). Make sure that the entire document is certified as being a true copy of the original. The applicant who submits fake, incorrect or falsified documents will be disqualified and prohibited from the program.

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

- High School Certificate or Diploma or any other equivalent qualification as authorized by the respective country's Ministry of Education or other assigned government agency /OR an official document issued by school confirming that student is expected to graduate this academic year.
- Transcript of records.
- Identification Card
- Residence Registration.
- A copy of a name/surname change certificate, if applicable.
- Proof of English proficiency test Result (IELTS/TOEFL/TU-GET)
- Results of UCAT (Candidate Score Report)

3. You will be required to undertake a medical physical examinations and chest x-rays at any public or private hospital, by download “**The Medical Examination Report Form**” on our website ([www.cicm.tu.ac.th](http://www.cicm.tu.ac.th)). This form must be filled out by the responsible physician with an official hospital logo stamp along with the physician's signature. Please submit your completed form to CICM admission staff on March 24, 2026 (Contract Signing Date).

**MORE INFO : 02-986-9213 ต่อ 7123, 7125 และ 7157 หรือ 098-446-3554**

**Email: [cicm.tu.meddent.admission@gmail.com](mailto:cicm.tu.meddent.admission@gmail.com)**

4x6 cm. photo.



แบบฟอร์มรายงานตัวผู้ผ่านการคัดเลือก รอบที่ 1 (Portfolio)

หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (ภาคภาษาอังกฤษ) / หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรทวิภาษา)

Enrollment Confirmation Form for Doctor of Medicine (English Program),

Doctor of Dental Surgery Program (Bilingual Program)

Round 1 (Portfolio), Academic Year 2026

.....

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

ชื่อ-นามสกุล (Student's Name) .....

เพศ / Gender  ชาย / Male  หญิง / Female

บัตรประชาชนเลขที่ / ID.Number.....

เป็นผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตร .....

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 ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในประกาศการรับสมัครของหลักสูตร และขอรับรองว่าข้อมูล รายละเอียด และเอกสารหลักฐานทั้งหมดที่ปรากฏในแบบฟอร์มการรายงานตัวและเอกสารประกอบการสมัครเป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อหนึ่งข้อใดตามที่กำหนดไว้ หรือได้ให้ข้อมูลหรือเอกสารอันเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยเพิกถอนสิทธิ์การเข้าศึกษา หรือยกเลิกสถานภาพการเป็นนักศึกษาได้ โดยข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องสิทธิ์หรือดำเนินการอุทธรณ์ใด 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)

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.**