



Enrollment Confirmation and Instructions
For All Accepted Students to study
in the Doctor of Medicine (International Program)
Round Inter Portfolio 2, Academic Year 2025

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 May 20, 2025 (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 May 20, 2025 (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 and Residence Registration.
- A copy of a name/surname change certificate, if applicable.
- Proof of English proficiency test Result (IELTS/TOEFL/TU-GET)
- Results of The University Clinical Aptitude Test (UCAT)

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 website (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 May 20, 2025 (Contract Signing Date).**

MORE INFO:

Please contact CICM Admissions Center

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

Email: med.inter.admission@gmail.com

4x6 cm. photo.



แบบฟอร์มรายงานตัวผู้ผ่านการคัดเลือก รอบ Inter Portfolio 2

แพทยศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์
(หลักสูตรนานาชาติ/หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2567)

Enrollment Confirmation Form for the Doctor of Medicine (International Program)

Round Inter Portfolio 2, Academic Year 2025

.....

(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 ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศที่กำหนดไว้ และขอรับรองว่า ข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มการรายงานตัวและเอกสารต่างๆ ที่ประกอบการสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งในการรับเข้าศึกษา หรือ ฝ่าฝืนประกาศ ระบุข้อความอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การเข้าศึกษา โดยไม่ขออุทธรณ์ใดๆ ทั้งสิ้น

I hereby certify that I am completely qualified as specified in the rules and regulations of the program and further certify that the information and the attached documents in this enrollment confirmation form are true and accurate in every respect. If I lack any specified qualifications for being admitted to this program or violate any rules and regulations or give any false information, I accept I will be disqualified for examining and studying and I will have no further claim to do so.

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.

Weightkg.

Pulse Rateper 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.