

(สำเนา)

ประกาศ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ๑๔๓ /๒๕๖๕

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อรับทุนโครงการทุนอุดหนุนการศึกษาแพทย์บูรพาเพื่อเป็นอาจารย์ประจำ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ทุนการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง)
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

ด้วยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์รับสมัครบุคคลเพื่อรับทุนโครงการ
ทุนอุดหนุนการศึกษาแพทย์บูรพาเพื่อเป็นอาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ทุนการศึกษาต่อ
แพทย์เฉพาะทาง) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ ทั้งนี้ ตามมติประชุมคณะกรรมการบริหารทุนอุดหนุนการศึกษา
ครั้งที่ ๒/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้ความเห็นชอบโครงการดังกล่าวฯ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว
จึงอาศัยอำนาจตามความในข้อ ๓ ของคำสั่งมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ๑๐๗๐/๒๕๕๗ เรื่อง การมอบอำนาจให้หัวหน้า
ส่วนงานปฏิบัติการแทน ด้านการบริหารงานบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ฉบับลงวันที่ ๒ มิถุนายน
พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยประกาศรายละเอียดการรับทุนให้ทราบ ดังนี้

๑. หลักเกณฑ์ในการรับสมัคร

๑.๑ คุณสมบัติของผู้สมัครรับทุน

๑.๑.๑ มีสัญชาติไทย

๑.๑.๒ ต้องเป็นบุคคลทั่วไปและเป็นผู้สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ซึ่งได้รับการรับรองจาก
แพทยสภา

๑.๑.๓ ต้องมีหลักฐานการรับรองจากสถาบันฝ่ายผลิตให้เข้ารับการศึกษามีหลักฐานว่าได้สมัคร
เข้าเรียนในปีการศึกษาที่ขอรับทุน ซึ่งอาจอยู่ในระหว่างรอผลตอบรับอย่างเป็นทางการเข้าศึกษา

๑.๑.๔ ไม่มีข้อผูกพันการรับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่น ๆ

๑.๑.๕ กรณีผู้มีคุณสมบัติต่างไปจากที่กำหนดไว้ตาม ๑.๑.๑ - ๑.๑.๔ ให้เสนอคณะกรรมการประจำ
คณะแพทยศาสตร์ และเสนอคณะกรรมการบริหารทุนอุดหนุนการศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา พิจารณาเป็นกรณี ๆ ไป

๑.๒ ทุนการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง

๑. สาขานิติเวชศาสตร์	จำนวน ๑ ทุน
๒. สาขาพยาธิวิทยาทั่วไป	จำนวน ๑ ทุน
๓. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวน ๑ ทุน

และต้องมีหลักฐานการรับรองจากสถาบันฝ่ายผลิตให้เข้ารับการศึกษามีหลักฐานว่าได้สมัครเข้าเรียน
ในปีการศึกษาที่ขอรับทุน แต่อาจอยู่ในระหว่างรอผลตอบรับอย่างเป็นทางการเข้าศึกษา

๒. จำนวนทุนและระยะเวลาของทุน

ทุนอุดหนุนการศึกษาประจำปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓ ทุน มีรายละเอียดดังนี้

ทุนการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง ให้ทุนไม่เกิน ๓ ปี จำนวน ๓ ทุน

ทุนปีละไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาท ในอัตราเหมาจ่ายเป็น ๒ งวดต่อปี

หากผู้รับทุนไม่สามารถสำเร็จการศึกษาภายในระยะเวลาการให้ทุนอุดหนุนการศึกษาดังกล่าว ก็ให้มหาวิทยาลัย/สถาบันต้นสังกัด พิจารณาการขยายเวลาการศึกษาต่อด้วยทุนส่วนตัวได้ไม่เกิน ๑ ปีการศึกษา แต่ถ้าหากผู้รับทุนสำเร็จการศึกษาก่อนวันครบกำหนดการให้ทุนการศึกษาผู้รับทุนจะสิ้นสุดการรับทุนการศึกษานั้น วันถัดจากวันที่สถาบันการศึกษาออกหลักฐานรับรองว่าได้สำเร็จการศึกษาแล้ว

๓. เงื่อนไขสำหรับผู้รับทุน

๓.๑ เมื่อมหาวิทยาลัยอนุมัติให้ทุนตามโครงการต่าง ๆ แล้ว ผู้ได้รับทุนจะต้องทำสัญญาตามแบบที่มหาวิทยาลัยกำหนด

๓.๒ ผู้ได้รับทุนต้องกลับมาปฏิบัติงานให้แก่มหาวิทยาลัยเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วเป็นระยะเวลาเท่ากับระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาตามหลักสูตร ในกรณีที่ผู้ได้รับทุนไม่สามารถกลับมาปฏิบัติงานให้แก่มหาวิทยาลัยได้ หรือกลับมาปฏิบัติงานให้แก่มหาวิทยาลัยแต่มีความประสงค์จะขอใช้เป็นเงิน ให้ขอใช้ทุนเป็นจำนวนสองเท่าของเงินที่ผู้รับทุนได้รับไปทั้งหมด เว้นแต่ผู้ได้รับทุนถึงแก่ความตายหรือคณะกรรมการพิจารณาแล้วเห็นว่าไม่เหมาะสมไม่ต้องขอใช้ทุน

ในกรณีที่ผู้รับทุนกลับเข้าปฏิบัติงานให้แก่มหาวิทยาลัยแต่ไม่ครบระยะเวลาตามวรรคหนึ่ง เงินที่ขอใช้คืนตามวรรคหนึ่งจะลดลงตามส่วนของระยะเวลาที่ผู้ได้รับทุนกลับเข้าปฏิบัติงานให้แก่มหาวิทยาลัย

๔. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ตั้งแต่วันที่ ๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ณ อาคารพระเทพรัตนราชสุดา ชั้น ๒ สำนักงานคณบดี งานบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล หรือสอบถามทางโทรศัพท์หมายเลข ๐-๓๘๑๐-๓๑๗๘ ต่อ ๒๒๒๔ หรือ เบอร์ภายใน ๒๒๒๔ (คุณสุทิษา หงษาคร) ในวันและเวลาทำการ

๕. หลักฐานการสมัคร

- ๕.๑ ใบสมัครรับทุน ผู้สมัครจะต้องกรอกข้อความในใบสมัครและลงนามด้วยลายมือตนเอง
- ๕.๒ รูปถ่ายหน้าตรงชุดสุภาพไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป (ถ่ายครั้งเดียวกันไม่เกิน ๖ เดือน)
- ๕.๓ บัตรประชาชน / ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี) (ถ่ายเอกสาร ๑ ฉบับ)
- ๕.๔ ทะเบียนบ้าน (ถ่ายเอกสาร ๑ ฉบับ)
- ๕.๕ หลักฐานแสดงว่าสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ซึ่งได้รับการรับรองจากแพทยสภา (ถ่ายเอกสาร ๑ ฉบับ)
- ๕.๖ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียน (ถ่ายเอกสาร ๑ ฉบับ)
- ๕.๗ หลักฐานการรับรองจากสถาบันฝ่ายผลิตให้เข้ารับการศึกษา หรือ หลักฐานการสมัครเข้าศึกษา (ถ่ายเอกสาร ๑ ฉบับ)
- ๕.๘ แนวทางการศึกษาและโครงการที่จะปฏิบัติเมื่อสำเร็จการศึกษาในสาขาที่ขอรับทุน



ใบสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อรับทุนโครงการทุนอุดหนุนการศึกษาแพทย์บูรพาเพื่อเป็นอาจารย์ประจำ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ทุนการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง)
ประจำปีการศึกษา 2566

ติดรูปถ่าย

1 นิ้ว

1. ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
ขอสมัครรับทุนอุดหนุนการศึกษา ตามโครงการทุนอุดหนุนการศึกษาแพทย์บูรพาเพื่อเป็นอาจารย์ประจำ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ทุนการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง) ประจำปีการศึกษา
เพื่อศึกษาต่อในระดับ สาขาวิชา
(โปรดดูรายละเอียดสาขาวิชาตามประกาศรับสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อรับทุนฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา)
สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน
2. ข้าพเจ้าขอแจ้งประวัติส่วนตัว คุณสมบัติทั่วไป และรายละเอียดอื่น ๆ ไว้ต่อโครงการฯ ดังต่อไปนี้
 - 2.1 ข้าพเจ้าเกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. นับอายุจนถึงวันที่สมัครขอรับทุน
.....ปี.....เดือนเชื้อชาติ สัญชาติ..... ศาสนา
 - 2.3 ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่ติดต่อได้) บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 - 2.4 ที่อยู่ขณะเขียน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 - 2.5 ชื่อบิดา อายุ.....ปี อาชีพ
ตำแหน่ง.....สถานประกอบอาชีพ.....
ที่อยู่ในทะเบียน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 - 2.6 ชื่อมารดา อายุ.....ปี อาชีพ
ตำแหน่ง.....สถานประกอบอาชีพ.....
ที่อยู่ในทะเบียน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

3. ประวัติการศึกษา

3.1 ข้าพเจ้าสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย / สถาบัน.....
..... จังหวัด..... เมื่อเดือน
พ.ศ..... โดยได้คะแนนเฉลี่ยสะสม..... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

4. เหตุผลที่ขอรับทุนการศึกษาตามโครงการนี้ พร้อม โครงการหรือแนวทางการศึกษา

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติ ข้อใดข้อหนึ่งหรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอมแปลงขึ้นมา ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิ์ในการสมัคร แม้ว่า จะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินตามกฎหมาย

(ลงชื่อ) _____ ผู้สมัคร
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

หมายเหตุ หลักฐานการสมัครขอรับทุน

1. ใบสมัครฉบับนี้ต้องติดภาพถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน
2. สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ – สกุล (ถ้ามี)
3. สำเนาทะเบียนบ้าน
4. สำเนาใบแสดงผลการเรียนระดับแพทยศาสตรบัณฑิตซึ่งได้รับรองจากแพทยสภา
5. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียน)
6. หลักฐานการรับรองจากสถาบันฝ่ายผลิตให้เข้ารับการศึกษ หรือ หลักฐานการสมัครเข้าศึกษา
7. แนวทางการศึกษาและโครงการที่จะปฏิบัติเมื่อสำเร็จการศึกษาในสาขาที่ขอรับทุน

(ลงชื่อ) _____ ผู้รับสมัคร
(_____)
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

โครงการหรือแนวทางการศึกษา / ฝึกอบรม

ชื่อ - สกุล
วุฒิการศึกษา
ต้นสังกัดที่ได้รับทุน
ได้รับทุนโครงการ
ให้ไปศึกษาสาขาวิชา
มีกำหนดระยะเวลา
ตั้งแต่วันที่ เป็นต้นไป
ณ(สถาบันที่ไปศึกษา).....
.....

โครงการหรือแผนงานที่จะกลับมาปฏิบัติเมื่อสำเร็จการศึกษา/ฝึกอบรม

ภายหลังจากสำเร็จการ ศึกษา ฝึกอบรม จะกลับมาปฏิบัติงาน
ในตำแหน่ง.....
สังกัด.....
มีหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงาน คือ
.....
.....

ลงชื่อ
(.....)