

(สำเนา)

ประกาศ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ๒๐๓/๒๕๖๕

เรื่อง ขยายเวลารับสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อรับทุนโครงการทุนอุดหนุนการศึกษาแพทยบูรพาเพื่อ  
เป็นอาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ทุนการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง)  
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

ด้วยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์รับสมัครบุคคลเพื่อรับทุนโครงการ  
ทุนอุดหนุนการศึกษาแพทยบูรพาเพื่อเป็นอาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ 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 กรณีผู้สมัครมีคุณสมบัติต่างไปจากที่กำหนดไว้ตาม ๑.๑.๑ - ๑.๑.๔ ให้เสนอคณะกรรมการประจำ  
คณะแพทยศาสตร์ และเสนอคณะกรรมการบริหารทุนอุดหนุนการศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา พิจารณาเป็นกรณี ๆ ไป

### ๑.๒ ทุนการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง

๑. สาขาพยาธิวิทยา จำนวน ๑ ทุน

๒. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๑ ทุน

และต้องมีหลักฐานการรับรองจากสถาบันฝ่ายผลิตให้เข้ารับการศึกษามีหลักฐานว่าได้สมัครเข้าเรียน  
ในปีการศึกษาที่ขอรับทุน แต่อาจอยู่ในระหว่างรอผลตอบรับอย่างเป็นทางการเข้าศึกษา

## ๒. จำนวนทุนและระยะเวลาของทุน

ทุนอุดหนุนการศึกษาประจำปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓ ทุน มีรายละเอียดดังนี้

ทุนการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง ให้ทุนไม่เกิน ๓ ปี จำนวน ๒ 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 เว้นแต่ผู้ได้รับทุนถึงแก่ความตายหรือคณะกรรมการพิจารณาแล้วเห็นว่ามีเหตุสมควรไม่ต้องขอใช้ทุน

ในกรณีที่ผู้รับทุนกลับเข้าปฏิบัติงานให้แก่มหาวิทยาลัยแต่ไม่ครบระยะเวลาตามวรรคหนึ่ง เงินที่ขอใช้คืนตามวรรคหนึ่งจะลดลงตามส่วนของระยะเวลาที่ผู้ได้รับทุนกลับเข้าปฏิบัติงานให้แก่มหาวิทยาลัย

## ๔. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ตั้งแต่วันที่ ๑๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน 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 สำเนาบัตรประชาชน / ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี) ๑ ฉบับ
- ๕.๔ สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
- ๕.๕ สำเนาหลักฐานแสดงว่าสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ซึ่งได้รับการรับรองจากแพทยสภา ๑ ฉบับ
- ๕.๖ สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียน ๑ ฉบับ
- ๕.๗ หนังสือรับรองทั่วไป recommendation letter ๑ ฉบับ
- ๕.๘ แนวทางการศึกษาและโครงการที่จะปฏิบัติเมื่อสำเร็จการศึกษาในสาขาที่ขอรับทุน ๑ ฉบับ

๖. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือก

วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกาศที่เว็บไซต์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา <http://med.buu.ac.th/med/th/index.php> หรือสอบถามทางโทรศัพท์หมายเลข ๐-๓๘๑๐-๓๑๗๘ ต่อ ๒๒๒๔ (คุณสุทิดา หงษาคร) ในวันและเวลาทำการ

๗. กำหนดการคัดเลือก

วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๒๐๖ ชั้น ๒ อาคาร พระเทพรัตนราชสุดา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

๘. ประกาศผลการสอบคัดเลือก

วันที่ ๒๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกาศที่เว็บไซต์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา <http://med.buu.ac.th/med/th/index.php> หรือสอบถามทางโทรศัพท์หมายเลข ๐-๓๘๑๐-๓๑๗๘ ต่อ ๒๒๒๔ (คุณสุทิดา หงษาคร) ในวันและเวลาทำการ

อนึ่ง ผู้ได้รับการคัดเลือก ต้องจัดทำสัญญารับทุนอุดหนุนการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา และ สัญญาค้ำประกัน ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยให้จัดทำบุคคลดังต่อไปนี้เป็นผู้ค้ำประกันลงนาม ในสัญญาฯ ตามลำดับ ดังนี้

๑. บิดาหรือมารดา (ที่แท้จริง) หรือ
๒. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันของผู้รับทุน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ลงชื่อ ทวีลาภ ตันสวัสดิ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีลาภ ตันสวัสดิ์)  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาถูกต้อง  
  
(นางสาวสุทิดา หงษาคร)  
บุคลากรปฏิบัติการ



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.....เดือน .....เชื้อชาติ ..... สัญชาติ..... ศาสนา .....
  - 2.3 ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่ติดต่อได้) บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
- 2.4 ที่อยู่ทะเบียน 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 แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินตามกฎหมาย

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_ ผู้สมัครขอรับทุน  
วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

#### หมายเหตุ หลักฐานการสมัครขอรับทุน

- |   |        |
|---|--------|
| 1. ใบสมัครฉบับนี้ต้องติดภาพถ่ายขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)              | 1 รูป  |
| 2. สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ – สกุล (ถ้ามี)                       | 1 ฉบับ |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้าน   | 1 ฉบับ |
| 4. สำเนาใบแสดงผลการเรียนระดับแพทยศาสตรบัณฑิตซึ่งได้รับรองจากแพทยสภา           | 1 ฉบับ |
| 5. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียน) | 1 ฉบับ |
| 6. หนังสือรับรองทั่วไป (recommendation letter)                                | 1 ฉบับ |
| 7. แนวทางการศึกษาและโครงการที่จะปฏิบัติเมื่อสำเร็จการศึกษาในสาขาที่ขอรับทุน   | 1 ฉบับ |

(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 .....

(.....)