



ใบสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อรับทุนโครงการทุนอุดหนุนการศึกษาแพทย์บูรพาเพื่อเป็นอาจารย์ประจำ  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ทุนการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง)  
ประจำปีการศึกษา 2564

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. เหตุผลที่ขอรับการศึกษิตตามโครงการนี้ พร้อม โครงการหรือแนวการศึกษา

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติ ข้อใดข้อหนึ่งหรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอมแปลงขึ้นมา ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร 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. หลักฐานการรับรับรองจากสถาบันฝ่ายผลิตให้เข้ารับการศึกษา หรือ หลักฐานการสมัครเข้าศึกษา
7. แนวทางการศึกษาและโครงการที่จะปฏิบัติเมื่อสำเร็จการศึกษาในสาขาที่ขอรับทุน

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

