



ใบสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อรับทุนโครงการทุนอุดหนุนการศึกษาแพทย์บูรพาเพื่อเป็นอาจารย์ประจำ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ทุนการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง)
ประจำปีการศึกษา 2566

ติครูปลาย

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 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

(.....)