

(สำเนา)

ประกาศ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ๓๒๗/๒๕๖๖

เรื่อง ขยายเวลารับสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อรับทุนโครงการทุนอุดหนุนการศึกษาแพทยบูรพาเพื่อเป็นอาจารย์  
ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ทุนการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง)  
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗

ด้วยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์รับสมัครบุคคลเพื่อรับทุนโครงการ  
ทุนอุดหนุนการศึกษาแพทยบูรพาเพื่อเป็นอาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ทุนการศึกษาต่อ  
แพทย์เฉพาะทาง) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ ทั้งนี้ ตามมติประชุมคณะกรรมการบริหารทุนอุดหนุนการศึกษา  
ครั้งที่ ๒/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ 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. สาขาพยาธิวิทยา	จำนวน ๑ ทุน
๓. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวน ๑ ทุน
๔. สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การเดินทาง และท่องเที่ยว	จำนวน ๑ ทุน
๕. สาขาเวชพันธุศาสตร์ (Genetics)	จำนวน ๑ ทุน

และต้องมีหลักฐานการรับรองจากสถาบันฝ่ายผลิตให้เข้ารับการศึกษามีหลักฐานว่าได้สมัครเข้าเรียน  
ในปีการศึกษาที่ขอรับทุน แต่อาจอยู่ในระหว่างรอผลตอบรับอย่างเป็นทางการเข้าศึกษา

## ๒. จำนวนทุนและระยะเวลาของทุน

ทุนอุดหนุนการศึกษาประจำปี ๒๕๖๗ จำนวน ๕ ทุน มีรายละเอียดดังนี้  
ทุนการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง ให้ทุน ๔ สาขา ไม่เกิน ๓ ปี ดังนี้

- ๑) สาขานิติเวชศาสตร์
- ๒) สาขาพยาธิวิทยา
- ๓) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
- ๔) สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว  
และ ทุนสาขาเวชพันธุศาสตร์ (Genetics) ไม่เกิน ๑ ปี

โดยให้ทุนแต่ละสาขาปีละไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาท ในอัตราเหมาจ่ายเป็น ๒ งวดต่อปี

หากผู้รับทุนไม่สามารถสำเร็จการศึกษาภายในระยะเวลาการให้ทุนอุดหนุนการศึกษาดังกล่าว ก็ให้มหาวิทยาลัย/สถาบันต้นสังกัด พิจารณาการขยายเวลาการศึกษาต่อด้วยทุนส่วนตัวได้ไม่เกิน ๑ ปีการศึกษา แต่ถ้าหากผู้รับทุนสำเร็จการศึกษาก่อนวันครบกำหนดการให้ทุนการศึกษาผู้รับทุนจะสิ้นสุดการรับทุนการศึกษานั้น วันถัดจากวันที่สถาบันการศึกษาดังกล่าวออกหลักฐานรับรองว่าได้สำเร็จการศึกษาแล้ว

## ๓. เงื่อนไขสำหรับผู้รับทุน

๓.๑ เมื่อมหาวิทยาลัยอนุมัติให้ทุนตามโครงการต่าง ๆ แล้ว ผู้ได้รับทุนจะต้องทำสัญญาตามแบบที่มหาวิทยาลัยกำหนด

๓.๒ ผู้ได้รับทุนต้องกลับมาปฏิบัติงานให้แก่มหาวิทยาลัยเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วเป็นระยะเวลาสองเท่าของระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาตามหลักสูตรที่ได้รับทุน ในกรณีที่ผู้ได้รับทุนไม่สามารถกลับมาปฏิบัติงานให้แก่มหาวิทยาลัยได้ หรือกลับมาปฏิบัติงานให้แก่มหาวิทยาลัยแต่มีความประสงค์จะขอใช้เป็นเงิน ให้ขอใช้เงินทุนที่ได้รับไปแล้วทั้งสิ้น พร้อมเงินเบี้ยปรับอีกสองเท่าของจำนวนเงินทุนที่ได้รับไป เว้นแต่ผู้ได้รับทุนถึงแก่ความตายหรือคณะกรรมการพิจารณาแล้วเห็นว่ามิเหตุสมควรไม่ต้องขอใช้ทุน

ในกรณีที่ผู้รับทุนกลับเข้าปฏิบัติงานให้แก่มหาวิทยาลัยแต่ไม่ครบระยะเวลาตามวรรคหนึ่ง เงินที่ขอใช้คืนตามวรรคหนึ่งจะลดลงตามส่วนของระยะเวลาที่ผู้ได้รับทุนกลับเข้าปฏิบัติงานให้แก่มหาวิทยาลัย

## ๔. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ณ อาคารพระเทพรัตนราชสุดา ชั้น ๒ สำนักงานคนบดี งานบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล หรือสอบถามทางโทรศัพท์หมายเลข ๐-๓๘๑๐-๓๑๗๘ ต่อ ๒๒๒๓ - ๔ หรือ เบอร์ภายใน ๒๒๒๓ - ๔ (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 หลักฐานการรับรับรองจากสถาบันฝ่ายผลิตให้เข้ารับการศึกษ  
หรือ หลักฐานการสมัครเข้าศึกษา (ถ่ายเอกสาร ๑ ฉบับ)
- ๕.๘ แนวทางการศึกษาและโครงการที่จะปฏิบัติเมื่อสำเร็จการศึกษาในสาขาที่ขอรับทุน

**๖. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือก**

วันที่ ๒๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ประกาศที่เว็บไซต์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
<http://med.buu.ac.th/med/th/index.php> หรือสอบถามทางโทรศัพท์หมายเลข ๐-๓๘๑๐-๓๑๗๘ ต่อ ๒๒๒๓ - ๔  
(คุณสุทิดา หงษาคร) ในวันและเวลาทำการ

**๗. กำหนดการคัดเลือก**

วันที่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุม ๒๐๖ ชั้น ๒  
อาคารพระเทพรัตนราชสุดา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**๘. ประกาศผลการสอบคัดเลือก**

วันที่ ๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ประกาศที่เว็บไซต์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
<http://med.buu.ac.th/med/th/index.php> หรือสอบถามทางโทรศัพท์หมายเลข ๐-๓๘๑๐-๓๑๗๘ ต่อ ๒๒๒๓ - ๔  
(คุณสุทิดา หงษาคร) ในวันและเวลาทำการ

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

๑. บิดาหรือมารดา (ที่แท้จริง) หรือ
๒. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันของผู้รับทุน

ประกาศ ณ วันที่ ๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงชื่อ

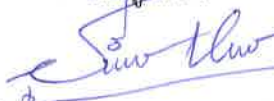
ทวีลาภ ตันสวัสดิ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีลาภ ตันสวัสดิ์)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาถูกต้อง

  
(นางสาวสุทิดา หงษาคร)

บุคลากรปฏิบัติการ



ใบสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อรับทุนโครงการทุนอุดหนุนการศึกษาแพทย์บูรพาเพื่อเป็นอาจารย์ประจำ  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ทุนการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง)  
ประจำปีการศึกษา 2567

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 ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าจะถูกดำเนินตามกฎหมาย

(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 .....

(.....)