



ใบสมัครคัดเลือกนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ ๓ เพื่อรับทุนอุดหนุนการศึกษาแก่นิสิต  
สาขาวิชาทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ประจำปี ๒๕๖๗

ติดรูปถ่าย

๑ รูป

๑. ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_  
ขอสมัครคัดเลือกนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ ๓ เพื่อรับทุนอุดหนุนการศึกษาแก่นิสิต สาขาวิชาทางการแพทย์ หรือวิทยาศาสตร์  
สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
เพื่อศึกษาในระดับปริญญา \_\_\_\_\_ สาขาวิชา \_\_\_\_\_
๒. ข้าพเจ้าขอแจ้งประวัติส่วนตัว คุณสมบัติทั่วไป และรายละเอียดอื่น ๆ ไว้ต่อโครงการฯ ดังต่อไปนี้
  - ๒.๑ ข้าพเจ้าเกิดวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_  
(นับอายุจนถึงวันที่สมัครขอรับทุน)
  - ๒.๒ เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_ ศาสนา \_\_\_\_\_
  - ๒.๓ ที่อยู่ในทะเบียน บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_  
ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_  
อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์ \_\_\_\_\_
  - ๒.๔ ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_  
ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_  
อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์ \_\_\_\_\_
  - ๒.๕ ชื่อบิดา \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี อาชีพ \_\_\_\_\_  
ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ สถานประกอบอาชีพ \_\_\_\_\_  
อยู่บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_  
ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_  
อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

๒.๖ ชื่อมารดา \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี อาชีพ \_\_\_\_\_  
ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ สถานประกอบอาชีพ \_\_\_\_\_  
อยู่บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_  
ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_  
อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

**๓. ประวัติการศึกษา**

๓.๑ ข้าพเจ้ากำลังศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มหาวิทยาลัย / สถาบัน \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ โดยเริ่มเข้าศึกษาเมื่อปีการศึกษา พ.ศ. \_\_\_\_\_

และขณะนี้ข้าพเจ้ากำลังอยู่ในชั้นปีที่ \_\_\_\_\_ โดยได้คะแนนเฉลี่ยสะสมจนถึงภาคการศึกษาสุดท้าย \_\_\_\_\_

๓.๓ เป็นผู้รับทุนประเภทอื่น ซึ่งมีข้อผูกพันกับทางราชการ บุคคล หรือองค์กรอื่นใด อยู่ก่อน หรือหลังจากที่ได้รับทุนนี้ หรือไม่

ไม่เป็น

เป็น ชื่อทุน(ระบุ) \_\_\_\_\_

๓.๔ ในระหว่างศึกษา

ไม่เคยร่วมกิจกรรมของสถาบัน

เคย โปรดระบุกิจกรรม \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

๓.๔ เหตุผลที่ขอรับทุนการศึกษาตามโครงการนี้

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าให้ไว้นี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_ ผู้สมัคร

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

**หมายเหตุ** หลักฐานการสมัครรับทุน

๑. รูปถ่ายติดใบสมัคร ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป (ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)
๒. สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๓. สำเนาทำเบียนบ้าน ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๔. ใบรับรองการเป็นนักศึกษาจากสถาบันการศึกษา
๕. ใบแสดงผลการเรียนระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษาที่ผ่านมา