



ติครูภาพถ่ายขนาด

1 นิ้ว

ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
ประจำปีการศึกษา 2567 (รอบเพิ่มเติม)

วันที่เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประวัติของนักศึกษาผู้ขอรับทุนการศึกษา

คำแนะนำ : การสมัครขอรับทุนการศึกษา ให้ผู้สมัครขอรับทุนการศึกษารอกข้อมูลตามความเป็นจริง ในใบสมัครให้ครบถ้วน
โดยการเขียนด้วยลายมือตัวบรรจง หรือพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์

- 1) ชื่อ-สกุล (นาย/นางสาว) ชื่อเล่น รหัสนักศึกษา
ชั้นปี อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
ที่อยู่ (ตามภูมิลำเนา) หมู่ที่ อาคาร/ชั้น ตรอก/ซอย
ถนน ตำบล/แขวง จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทร.(บ้าน) โทรศัพท์ (มือถือ)
E-mail Facebook Line ID
ความสามารถพิเศษ

ที่อยู่ปัจจุบัน (กรุณาระบุที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ – หากมีการเปลี่ยนแปลงกรุณาแจ้งด้วย)

ที่อยู่ หมู่ที่ อาคาร/ชั้น ตรอก/ซอย ถนน
ตำบล/แขวง จังหวัด รหัสไปรษณีย์

***ที่อยู่ปัจจุบัน**

- ☐ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
☐ ต้องเสียค่าใช้จ่าย..... บาท/เดือน

***ที่อยู่ปัจจุบันนักศึกษาอาศัยอยู่กับ**

- ☐ เป็นหอพัก
☐ บ้านพักบิดามารดา ☐ บ้านพักบิดา ☐ บ้านพักมารดา
☐ บ้านพักผู้อื่น (โปรดระบุความสัมพันธ์)
ชื่อ - สกุล อายุ ปี โทร.

- 2) ผลการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม

(สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ให้ใช้ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า (GPAX))

วุฒิการศึกษาสูงสุด ☐ มัธยมศึกษาปีที่ 6 สถาบันการศึกษา
☐ ระดับปริญญาตรี คณะ สถาบันการศึกษา.....

- 3) วัดอุปประสงค์ที่เลือกเรียนวิชาชีพพยาบาล

.....
.....

- 4) บุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อได้ กรณีเร่งด่วน

ชื่อ - สกุล อายุ ปี ความเกี่ยวข้องเป็น
 ที่อยู่ หมู่ที่ อาคาร/ชั้น ตรอก/ซอย ถนน
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ (มือถือ)

- 5) เพื่อนสนิทในคณะฯ ชั้นปี ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน

5.1) ชื่อ - สกุล โทร. Line ID

E-mail Facebook

5.2) ชื่อ - สกุล โทร. Line ID

E-mail Facebook

- 6) การศึกษาที่เคยได้รับ

☐ ไม่เคยได้รับการศึกษา

☐ กองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา

ปีการศึกษา จำนวนเงิน บาท

ปีการศึกษา จำนวนเงิน บาท

ปีการศึกษา จำนวนเงิน บาท

☐ อื่นๆ โปรดระบุ

ปีการศึกษา	ชื่อทุนการศึกษา	จำนวนเงิน	ประเภททุนที่ได้รับ (ครั้งเดียว/ต่อเนื่อง)

- 7) ขณะนี้นักศึกษาอยู่ระหว่างสมัครขอทุนการศึกษาอื่นอยู่หรือไม่

☐ ไม่ใช่

☐ ใช่ ชื่อทุนการศึกษา จำนวนเงิน บาท

- 8) นักศึกษาได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ บาท

☐ ได้รับค่าใช้จ่ายจากบิดา มารดา

☐ ได้รับเงินจากผู้มีอุปการะ

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ หากมี)

- 9) นักศึกษาสามารถเบิกค่าเทอมจากสวัสดิการของบิดา/มารดา ได้หรือไม่

☐ ไม่ได้

☐ ได้ ภาคการศึกษาละ บาท

- 10) นักศึกษาทำงานพิเศษเพื่อหารายได้สนับสนุนครอบครัว/ค่าใช้จ่ายสำหรับตนเอง

☐ ไม่เคยทำงานพิเศษ

☐ เคยทำงานพิเศษ (โปรดระบุรายละเอียดงานพิเศษ)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของบิดา มารดา/ผู้ปกครองของนักศึกษา

13) บิดาชื่อ นามสกุล อายุ ปี

☐ มีชีวิต

☐ ถึงแก่กรรม

ที่อยู่ปัจจุบันของบิดา บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ วุฒิมัธยมศึกษา อาชีพ

ตำแหน่ง/ลักษณะงาน รายได้/เดือน บาท

สถานที่ทำงาน จังหวัด โทรศัพท์

อาชีพเสริม (ถ้ามี) รายได้/เดือน บาท

กรณีไม่ได้ประกอบอาชีพ (เนื่องจาก)

ภาระหนี้สิน (ถ้ามีโปรดแนบเอกสารประกอบ)

☐ ไม่มี

☐ ภาระผ่อนบ้าน หรือผ่อนที่ดินเพื่ออยู่อาศัย เดือนละ บาท

☐ ภาระค่าเช่ารายการอื่นๆ เพื่อการประกอบอาชีพ เดือนละ บาท

☐ ภาระหนี้สินเงินกู้ ในระบบ/นอกระบบ เดือนละ บาท

☐ ภาระหนี้สินอื่นๆ (หากมีโปรดระบุ) เดือนละ บาท

14) มารดาชื่อ นามสกุล อายุ ปี

☐ มีชีวิต

☐ ถึงแก่กรรม

ที่อยู่ปัจจุบันของมารดา บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ วุฒิมัธยมศึกษา อาชีพ

ตำแหน่ง/ลักษณะงาน รายได้/เดือน บาท

สถานที่ทำงาน จังหวัด โทรศัพท์

อาชีพเสริม (ถ้ามี) รายได้/เดือน บาท

กรณีไม่ได้ประกอบอาชีพ (เนื่องจาก)

ภาระหนี้สิน (ถ้ามีโปรดแนบเอกสารประกอบ)

☐ ไม่มี

☐ ภาระผ่อนบ้าน หรือผ่อนที่ดินเพื่ออยู่อาศัย เดือนละ บาท

☐ ภาระค่าเช่ารายการอื่นๆ เพื่อการประกอบอาชีพ เดือนละ บาท

☐ ภาระหนี้สินเงินกู้ ในระบบ/นอกระบบ เดือนละ บาท

☐ ภาระหนี้สินอื่นๆ (หากมีโปรดระบุ) เดือนละ บาท

15) สถานภาพการสมรสของบิดามารดา

☐ บิดามารดา ยังอยู่ด้วยกัน

☐ บิดามารดา หย่าร้าง

☐ บิดามารดาแยกกันอยู่ตามความจำเป็นของอาชีพ

☐ บิดามารดาแยกกันอยู่เพราะเหตุอื่น

16) สุขภาพของบิดามารดา

บิดา ☐ สุขภาพแข็งแรง ☐ ป่วยหนัก/มีโรคประจำตัว (โปรดระบุ)

สิทธิการรักษา ☐ สิทธิ สปสช. ☐ สิทธิประกันสังคม ☐ สิทธิจ่ายตรง/ข้าราชการ ☐ สิทธิรัฐวิสาหกิจ

เบิกค่ารักษาพยาบาลได้หรือไม่ ☐ เบิกได้ ☐ เบิกไม่ได้ ค่ารักษาพยาบาล/เดือน บาท

มารดา ☐ สุขภาพแข็งแรง ☐ ป่วยหนัก/มีโรคประจำตัว (โปรดระบุ)

สิทธิการรักษา ☐ สิทธิ สปสช. ☐ สิทธิประกันสังคม ☐ สิทธิจ่ายตรง/ข้าราชการ ☐ สิทธิรัฐวิสาหกิจ

เบิกค่ารักษาพยาบาลได้หรือไม่ ☐ เบิกได้ ☐ เบิกไม่ได้ ค่ารักษาพยาบาล/เดือน บาท

มีญาติพี่น้องป่วยหนัก/พิการที่ครอบครัวต้องดูแลรับผิดชอบหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ป่วยด้วยโรค/พิการด้าน ความสัมพันธ์

17) จำนวนพี่น้อง เรียงตามลำดับ รวมทั้งตัวผู้สมัครขอรับทุนฯ (ให้ * ชื่อ – สกุล ผู้สมัครขอทุน)

ผู้สมัครขอรับทุนมีพี่น้อง (รวมตัวผู้สมัครด้วย) คน โดยผู้สมัครขอทุนฯ เป็นบุตรคนที่

คนที่	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รายได้/ เดือน	สถานภาพ โสด/สมรส	จำนวน บุตร

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแผนที่ที่อยู่อาศัยของผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา

แผนที่ตั้งที่อยู่อาศัย : ให้อ้างอิงแผนที่ตั้งของที่อยู่อาศัย โดยแสดงสถานที่ตั้งและจุดสำคัญในบริเวณใกล้เคียง

ไม่ใช้ภาพถ่ายผ่านดาวเทียมจาก Google maps

ภาพถ่ายที่อยู่อาศัยของผู้สมัครขอรับทุน

- ภาพถ่ายภายนอกบ้าน ให้เห็นบ้านเลขที่และบริเวณชัดเจน

--	--

- ภาพถ่ายภายในบ้าน

--	--

ส่วนที่ 4 ข้อมูลอื่นๆ

ความจำเป็นที่ขอรับทุนการศึกษา พร้อมบรรยายประวัติ สภาพครอบครัวและเหตุผลความจำเป็นในการขอรับทุนการศึกษา (โปรดระบุให้ชัดเจนและเขียนด้วยตัวบรรจง หรือพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์)

ข้อปฏิบัติของนักศึกษาผู้ขอรับทุนการศึกษา

1. ผู้ขอทุนการศึกษาต้องมีความประพฤติดี ขยันหมั่นเพียร ตั้งใจศึกษาเล่าเรียน ใฝ่เรียนรู้
2. ผู้ขอทุนการศึกษาต้องใช้จ่ายอย่างประหยัด และใช้เงินอย่างสมเหตุสมผล
3. ผู้ขอทุนการศึกษาต้องทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์เพื่อส่วนรวม หรือเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนพยาบาลฯ คณะฯ หรือมหาวิทยาลัยจัดให้
4. ผู้ขอทุนการศึกษาต้องแสดงความกตัญญูรู้คุณต่อผู้มีอุปการะ เช่น ส่งการ์ดอวยพรในโอกาสพิเศษต่างๆ หรือเขียนจดหมายขอบคุณผู้มีอุปการะ และหากผู้มีอุปการะประสงค์เข้ามามอบทุนการศึกษาด้วยตนเองที่โรงเรียนพยาบาลฯ หรือคณะฯ นักศึกษาจะต้องเข้าร่วมรับทุนการศึกษา
5. ผู้ขอทุนการศึกษาต้องรายงานผลการเรียนต่อผู้มีอุปการะคุณทุกภาคการศึกษา
6. ผู้ขอทุนการศึกษากายหลังสำเร็จการศึกษาต้องแจ้งสถานที่ปฏิบัติงานให้ผู้อุปการะคุณทราบ

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อปฏิบัติของนักศึกษาผู้ขอรับทุนการศึกษาข้างต้นโดยตลอดแล้ว และยินดีที่จะปฏิบัติตามทุกประการ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ หากปรากฏว่าข้อความข้างต้นไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงเรียนพยาบาลฯ ตัดสิทธิ์การรับทุนการศึกษาตลอดสภาพการเป็นนักศึกษา และหากได้รับการพิจารณาให้รับทุนการศึกษาจะตั้งใจเรียนอย่างเต็มความสามารถ และยินดีให้ความร่วมมือกับกิจกรรมของโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

ลงชื่อ ผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา
(.....)

วันที่/...../.....

คำรับรองและความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....
ขอรับรองว่า นาย/นางสาว..... รหัสนักศึกษา.....
เป็นผู้มีคุณสมบัติ ดังนี้
.....
.....
.....

ลงชื่อ อาจารย์ที่ปรึกษา
(.....)

คำรับรองของบิดามารดา หรือผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล อายุ ปี
 มีความเกี่ยวข้องเป็น ของนักศึกษา ชื่อ-สกุล
 อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน
 ตำบล/แขวง อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 โทรศัพท์ E-mail Line ID

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดที่ให้ไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ และเห็นสมควรที่นักศึกษา
 จะได้รับการพิจารณาให้รับทุนการศึกษา

ลงชื่อ บิดา /มารดา/ผู้ปกครอง
 (.....)
 วันที่/...../.....

หมายเหตุ ลายมือชื่อของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ต้องเป็นลายมือชื่อที่แท้จริงเท่านั้น
ห้าม นักศึกษาเซ็นลายมือชื่อแทนโดยเด็ดขาด

หลักฐานแนบประกอบการขอทุนการศึกษา

- ☐ ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา
- ☐ รูปถ่าย 1 นิ้ว ติดในใบสมัคร
- ☐ สำเนาบัตรนักศึกษาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
- ☐ หนังสือรับรองเงินเดือนของ หรือหนังสือรับรองรายได้ของ ผู้ปกครอง (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
- ☐ รายงานผลการเรียนเทอมล่าสุดพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
 (ปรี้นท์จากระบบได้ สำหรับนักศึกษาปี 1 ใช้ผลการเรียนชั้นมัธยมปลาย)
- ☐ ใบเสร็จค่าหอพัก (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
- ☐ เอกสารแสดงภาระหนี้สินของผู้ปกครอง (ถ้ามี)
- ☐ ใบแสดงการเข้าร่วมกิจกรรม (Activity Transcript) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ