



ติครูภาพถ่ายขนาด

1 นิ้ว

ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
ประจำปีการศึกษา 2568 (รอบที่ 1)

วันที่ เดือน 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 อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทร.(บ้าน) โทรศัพท์ (มือถือ)
E-mail Facebook Line ID
ความสามารถพิเศษ

ที่อยู่ปัจจุบัน (กรุณาระบุที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ – หากมีการเปลี่ยนแปลงกรุณาแจ้งด้วย)

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

***ที่อยู่ปัจจุบัน** ☐ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ☐ ต้องเสียค่าใช้จ่าย บาท/เดือน

***ที่อยู่ปัจจุบันนักศึกษาอาศัยอยู่กับ**

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

- 2) ผลการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม

- 3) วัตถุประสงค์ที่เลือกเรียนวิชาชีพพยาบาล

- 4) บุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อได้ กรณีเร่งด่วน

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

5) เพื่อนสนิทในขณะนี้ ชั้นปี ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน

5.1) ชื่อ – สกุล โทร. Line ID

E-mail Facebook

5.2) ชื่อ – สกุล โทร. Line ID

E-mail Facebook

6) ทุนการศึกษาที่เคยได้รับ

☐ ไม่เคยได้รับทุนการศึกษา

☐ กองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.)

ปีการศึกษาที่กู้ยืม จำนวนเงินที่ทำสัญญากู้ยืม บาท

ปีการศึกษาที่กู้ยืม จำนวนเงินที่ทำสัญญากู้ยืม บาท

ปีการศึกษาที่กู้ยืม จำนวนเงินที่ทำสัญญากู้ยืม บาท

☐ ทุนอื่นๆ โปรดระบุ

ปีการศึกษา	ชื่อทุนการศึกษา	จำนวนเงิน	ได้รับเป็นค่าใช้จ่าย (ค่าเทอม/ค่าครองชีพ/อื่นๆ ระบุ)	ประเภททุนที่ได้รับ (ครั้งเดียว/ต่อเนื่อง)

7) ขณะนี้นักศึกษาอยู่ระหว่างสมัครขอทุนการศึกษาอื่นอยู่หรือไม่

☐ ไม่ใช่

☐ ใช่ ชื่อทุนการศึกษา จำนวนเงิน บาท

8) นักศึกษาได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ บาท

☐ ได้รับค่าใช้จ่ายจากบิดา มารดา

☐ ได้รับเงินจากผู้มีอุปการะ ภูมิลำเนา.....

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ หากมี)

9) นักศึกษาสามารถเบิกค่าเทอมจากสวัสดิการของบิดา/มารดา ได้หรือไม่

☐ ไม่ได้

☐ ได้ ภาคการศึกษาละ บาท

10) นักศึกษาทำงานพิเศษเพื่อหารายได้สนับสนุนครอบครัว/ค่าใช้จ่ายสำหรับตนเอง

☐ ไม่เคยทำงานพิเศษ

☐ เคยทำงานพิเศษ (โปรดระบุรายละเอียดงานพิเศษ)

ลำดับ	ประเภทงาน/รายละเอียด	สถานที่	ระยะเวลาที่ทำ	รายได้ (บาท)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของบิดา มารดา/ผู้ปกครองของนักศึกษา

- 13) บิดาชื่อ นามสกุล..... อายุ ปี
- ☐ มีชีวิต ☐ ถึงแก่กรรม
- ที่อยู่ปัจจุบันของบิดา บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ วุฒิการศึกษา 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/เขต..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ วุฒิการศึกษา 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

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 (ตามภูมิสำเนา)

แผนที่ตั้งที่อยู่อาศัย : ให้วาดแผนที่ตั้งของที่อยู่อาศัย โดยแสดงสถานที่ตั้งและจุดสำคัญในบริเวณใกล้เคียง

ไม่ใช่ภาพถ่ายผ่านดาวเทียมจาก Google maps

ภาพถ่ายที่อยู่อาศัยของผู้สมัครขอรับทุน

- ภาพถ่ายภายนอกบ้าน ให้เห็นบ้านเลขที่และบริเวณชัดเจน

--	--

- ภาพถ่ายภายในบ้าน

--	--

ส่วนที่ 4 ข้อมูลอื่นๆ

ความจำเป็นที่ขอรับทุนการศึกษา พร้อมบรรยายประวัติ สภาพครอบครัวและเหตุผลความจำเป็นในการขอรับทุนการศึกษา (โปรดระบุให้ชัดเจนและเขียนด้วยตัวบรรจง หรือพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ข้อปฏิบัติของนักศึกษาผู้ขอรับการศึกษ

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อปฏิบัติของนักศึกษาผู้ขอรับการศึกษ่า้างต้นโดยตลอดแล้ว และยินดีที่จะปฏิบัติตามทุกประการ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ หากปรากฏว่าข้อความข้างต้นไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงเรียนพยาบาลฯ ตัดสิทธิ์การรับทุนการศึกษาตลอดสภาพการเป็นนักศึกษา และหากได้รับการพิจารณาให้รับทุนการศึกษาจะตั้งใจเรียนอย่างเต็มความสามารถ และยินดีให้ความร่วมมือกับกิจกรรมของโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

ลงชื่อ ผู้สมัครขอรับการศึกษ

(.....)

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
 (กรณีที่เข้าร่วมกิจกรรมผ่านตามเกณฑ์ ให้ปรี้นท์หน้าแรกมาหน้าเดียว)