



เลขประจำตัวผู้สมัคร.....(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ติดรูปถ่ายขนาด
1x1.5 นิ้ว
ถ่ายไว้ไม่เกิน
6 เดือน

ใบสมัครคัดเลือกขอรับทุนพัฒนาศักยภาพอาจารย์พยาบาลด้านการศึกษา

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล อายุ.....ปี

Name (Mr./Mrs./Miss) Surname

ตำแหน่งทางวิชาการ วุฒิการศึกษา

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน มือถือ Email

สถานภาพ [] ข้าราชการ

วันที่บรรจุเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยมหิดล

[] เริ่มรับราชการในมหาวิทยาลัยมหิดลเป็นครั้งแรก

[] พนักงานมหาวิทยาลัย

ระยะเวลาในการเซ็นสัญญา ตั้งแต่.....ถึง.....เป็นเวลา.....ปี

ภาระงานด้านการเรียนการสอน ร้อยละ ของภาระงานอาจารย์

กิจกรรมที่จะดำเนินการโดยใช้ทุนพัฒนาศักยภาพอาจารย์พยาบาลด้านการศึกษา

(รายละเอียดสามารถแยกพิมพ์ได้)

1. การทำวิจัย ทั้งนี้ต้องเป็นผู้วิจัยหลัก (แนบเอกสารโครงการวิจัยพอสังเขป)

ชื่องานวิจัย

สถานภาพการดำเนินการ

☐

กำลังดำเนินการวิจัย

☐

กำลังเสนอโครงการวิจัย

แหล่งทุนที่สนับสนุน.....

2. การนำเสนอผลงานในที่ประชุมวิชาการ

ชื่อผลงาน

ชื่อการประชุม.....

วันที่จัด..... สถานที่จัด..... ประเทศ.....

องค์กร/ สถาบันที่จัด

3. กิจกรรมอื่น ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือนวัตกรรมการสอน

.....
.....
.....

ผลงานวิจัยที่ผ่านมาหรืออยู่ระหว่างดำเนินการ

1. ชื่อโครงการวิจัย

สถานภาพผู้วิจัย ☐ เป็นผู้วิจัยหลัก ☐ เป็นผู้ร่วมวิจัย

สถานภาพการดำเนินการ

☐ เสร็จสิ้นโครงการเมื่อ..... ☐ กำลังดำเนินการวิจัย ☐ กำลังเสนอโครงการวิจัย

แหล่งทุนที่สนับสนุน.....

งบประมาณ.....บาท

2. ชื่อโครงการวิจัย

สถานภาพผู้วิจัย ☐ เป็นผู้วิจัยหลัก ☐ เป็นผู้ร่วมวิจัย

สถานภาพการดำเนินการ

☐ เสร็จสิ้นโครงการเมื่อ..... ☐ กำลังดำเนินการวิจัย ☐ กำลังเสนอโครงการวิจัย

แหล่งทุนที่สนับสนุน.....

งบประมาณ.....บาท

ความเห็นและคำรับรองจากหัวหน้าสาขาวิชาว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าสาขาวิชา.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....