



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประวัติของนักศึกษาผู้ขอรับทุนการศึกษา

คำแนะนำ: การสมัครขอรับทุนการศึกษา ให้ผู้สมัครขอรับทุนการศึกษารอกข้อมูลตามความเป็นจริง ในใบสมัครให้ครบถ้วน โดยการเขียนด้วยลายมือบรรจง หรือ การพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์

- 1) **ชื่อ-สกุล** (นาย/นางสาว)..... ชื่อเล่น..... รหัสนักศึกษา.....
สังกัดคณะ/วิทยาลัย..... สาขาวิชา ชั้นปี อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ที่อยู่ (ตามภูมิลำเนา) หมู่ที่.....
อาคาร/ชั้น..... ตระอก/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..... ตระอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
***ที่อยู่ปัจจุบัน** ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
 ต้องเสียค่าใช้จ่าย บาท ต่อ/ เดือน
 ต้องเสียค่าใช้จ่าย บาท ต่อ/ ภาคการศึกษา
***ที่อยู่ปัจจุบันนักศึกษาอาศัยกับ** เป็นหอพัก
 บ้านพักบิดา/มารดา บ้านพักบิดา บ้านพักมารดา
 บ้านพักผู้อื่น (โปรดระบุความสัมพันธ์).....
 ชื่อ-สกุล.....อายุ..... ปี โทร.....

- 2) **ผลการศึกษาเกรดเฉลี่ยสะสม**
(สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ให้ใช้ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า (GPAX))



มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

- วุฒิการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 สถาบันการศึกษา.....
 ระดับปริญญาตรี/โท คณะฯ..... สถาบันการศึกษา.....

3) วัตถุประสงค์ที่เลือกเรียนสาขาวิชานี้

.....

.....

4) บุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน

ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี ความเกี่ยวข้องเป็น

ที่อยู่..... หมู่ที่..... อาคาร/ชั้น..... ตระกูล/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทร (มือถือ)

5) เพื่อนสนิทในคณะฯ - ชั้นปี ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน

5.1 ชื่อ - สกุล..... โทร..... LineID.....
E-mail..... Facebook.....

5.2 ชื่อ - สกุล..... โทร..... LineID.....
E-mail..... Facebook.....

6) ทุนการศึกษาที่เคยได้รับ

- ไม่เคยได้รับทุนการศึกษา
- ทุนกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.)
ปีการศึกษา..... จำนวนเงิน..... บาท
ปีการศึกษา..... จำนวนเงิน..... บาท
ปีการศึกษา..... จำนวนเงิน..... บาท
- ทุนอื่นๆ โปรดระบุ

ระดับมัธยมปลาย

ปีการศึกษา	ชื่อทุนการศึกษา	จำนวนเงิน	หมายเหตุ



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ระดับปริญญาตรี

ปีการศึกษา	ชื่อทุนการศึกษา	จำนวนเงิน	หมายเหตุ

7) ขณะนี้นักศึกษาอยู่ระหว่างการสมัครขอรับทุนอื่นอยู่หรือไม่

- ไม่ใช่
- ใช่ ชื่อทุนการศึกษา..... จำนวนเงิน..... บาท

8) นักศึกษาได้รับเงินค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ บาท

➤ ได้รับเงินค่าใช้จ่ายจากบิดา/มารดา

- รายวัน จำนวน..... บาท
- รายสัปดาห์ จำนวน..... บาท
- รายเดือน จำนวน..... บาท

➤ ได้รับเงินค่าใช้จ่ายจากผู้อุปการะ

- รายวัน จำนวน..... บาท
- รายสัปดาห์ จำนวน..... บาท
- รายเดือน จำนวน..... บาท

➤ อื่นๆ (โปรดระบุ หากมี).....

9) นักศึกษาสามารถเบิกค่าเทอมจากสวัสดิการของบิดา/มารดา ได้หรือไม่

- ไม่ได้
- ได้ ภาคการศึกษาละ..... บาท



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

10) นักศึกษาทำงานพิเศษ เพื่อหารายได้สนับสนุนครอบครัว / ค่าใช้จ่ายสำหรับตนเอง

- ไม่เคยทำงานพิเศษ
- เคยทำงานพิเศษ (โปรดระบุรายละเอียดงานพิเศษ)

ลำดับ	ประเภทงาน/รายละเอียด	สถานที่	ปี พ.ศ.	ระยะเวลาที่ทำ	รายได้ (บาท)	หมายเหตุ

11) นักศึกษามีความประสงค์ขอรับทุนการศึกษา (จำนวนเงินโดยประมาณ) ปีการศึกษาละ..... บาท
รายละเอียดดังต่อไปนี้

- ค่าลงทะเบียนเรียน ภาคการศึกษาที่ 1 จำนวน..... บาท ภาคการศึกษาที่ 2 จำนวน.....บาท
- ค่าหอพัก (เดือนละ) จำนวน..... บาท
- ค่าใช้จ่ายส่วนตัว (เดือนละx10เดือน) จำนวน..... บาท
- ค่าใช้จ่ายอื่นๆ โปรดระบุ จำนวน..... บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน..... บาท

12) นักศึกษาได้เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมนอกหลักสูตรที่คณะฯ หรือมหาวิทยาลัยจัดให้ (ตั้งแต่ปี 1 - ปีการศึกษาปัจจุบัน)

ลำดับ	ปีการศึกษา	ชื่อกิจกรรม	ตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ (กรณี นักศึกษาเป็นทีมงานในการจัดกิจกรรม)	หมายเหตุ

กิจกรรมที่คณะฯ ขอความร่วมมือภายในปีการศึกษาที่ผ่านมา (โปรดทำเครื่องหมาย ลงในกิจกรรมที่เข้าร่วม)



มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| ❖ กิจกรรมมุขิตาจิต | <input type="checkbox"/> เข้าร่วม | <input type="checkbox"/> ไม่ได้เข้าร่วม |
| ❖ กิจกรรมปาฐกฐา รจิตร บุรี | <input type="checkbox"/> เข้าร่วม | <input type="checkbox"/> ไม่ได้เข้าร่วม |
| ❖ กิจกรรมรับ – ส่งเสด็จ | <input type="checkbox"/> เข้าร่วม | <input type="checkbox"/> ไม่ได้เข้าร่วม |
| ❖ กิจกรรมพิธีไหว้ครุรามาริบัติ | <input type="checkbox"/> เข้าร่วม | <input type="checkbox"/> ไม่ได้เข้าร่วม |
| ❖ กิจกรรมปฐมนิเทศ | <input type="checkbox"/> เข้าร่วม | <input type="checkbox"/> ไม่ได้เข้าร่วม |
| ❖ กิจกรรมวันมหิดล | <input type="checkbox"/> เข้าร่วม | <input type="checkbox"/> ไม่ได้เข้าร่วม |
| ❖ กิจกรรม Open House | <input type="checkbox"/> เข้าร่วม | <input type="checkbox"/> ไม่ได้เข้าร่วม |
| ❖ กิจกรรมทัศนศึกษาพาอาจารย์และศิษย์เก่าแพทย์/ศิษย์ปัจจุบันเที่ยว | <input type="checkbox"/> เข้าร่วม | <input type="checkbox"/> ไม่ได้เข้าร่วม |
| ❖ กิจกรรมอื่น ๆ ระบุ..... | | |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของบิดามารดา/ผู้ปกครองของนักศึกษาผู้ขอรับทุนการศึกษา

- 13) บิดาชื่อนามสกุล อายุ ปี
- มีชีวิต ○ ถึงแก่กรรม
- ที่อยู่ปัจจุบันของบิดา บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน
- ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์
- วุฒิการศึกษาสูงสุด จากสถานศึกษา.....
- อาชีพ..... ลักษณะงาน.....
- กรณีไม่ได้ประกอบอาชีพ (เนื่องจาก).....
- ตำแหน่ง..... รายได้ บาท/เดือน
- สถานที่ทำงาน..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
- อาชีพอื่น (ถ้ามี)
- ภาระหนี้สิน (ถ้ามีโปรดแนบเอกสารประกอบ)
- ไม่มี
- ภาระหนี้สินผ่อนบ้าน หรือที่ดินเพื่อที่อยู่อาศัย เดือนละ..... บาท
- ภาระหนี้สินเช่ารายการอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ..... เดือนละ.....บาท
- ภาระหนี้สินในระบบ/นอกระบบ เดือนละ..... บาท
- ภาระหนี้สินอื่นๆ (หากมีโปรดระบุ).....



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

14) มารดาชื่อนามสกุล อายุ ปี

มีชีวิต ถึงแก่กรรม

ที่อยู่ปัจจุบันของมารดา บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์

วุฒิการศึกษาสูงสุด จากสถานศึกษา.....

อาชีพ..... ลักษณะงาน.....

กรณีไม่ได้ประกอบอาชีพ (เนื่องจาก).....

ตำแหน่ง..... รายได้ บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

อาชีพอื่น (ถ้ามี)

ภาระหนี้สิน (ถ้ามีโปรดแนบเอกสารประกอบ)

- ไม่มี
- ภาระหนี้สินผ่อนบ้าน หรือที่ดินเพื่อที่อยู่อาศัย เดือนละ..... บาท
- ภาระหนี้สินเช่ารายการอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ..... เดือนละ.....บาท
- ภาระหนี้สินในระบบ/นอกระบบ เดือนละ..... บาท
- ภาระหนี้สินอื่นๆ (หากมีโปรดระบุ).....

15) สถานภาพการสมรสของบิดามารดา

- บิดามารดาอยู่ด้วยกัน
- บิดามารดาหย่าร้าง
- บิดามารดาแยกกันอยู่ตามความจำเป็นของอาชีพ
- บิดามารดาแยกกันอยู่เพราะเหตุอื่น



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

16) สุขภาพของบิดามารดา

- บิดา** สุขภาพแข็งแรง ป่วยหนัก/มีโรคประจำตัว.....
- สิทธิการรักษาพยาบาล เบิกได้ เบิกไม่ได้ ค่ารักษาพยาบาล.....บาท/เดือน
- มารดา** สุขภาพแข็งแรง ป่วยหนัก/มีโรคประจำตัว.....
- สิทธิการรักษาพยาบาล เบิกได้ เบิกไม่ได้ ค่ารักษาพยาบาล.....บาท/เดือน
- *มีญาติป่วยหนักที่อยู่ในครอบครัวหรือไม่
- ไม่มี
- มี ป่วยด้วยโรค..... ความสัมพันธ์.....

17) จำนวนพี่น้อง ของผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา เรียงตามลำดับ รวมทั้งผู้สมัคร (ให้ **ชื่อ-สกุลของนักศึกษา)

ผู้สมัครขอรับทุนการศึกษามีพี่น้อง (รวมตนเอง) จำนวน.....คน โดยผู้สมัครขอรับทุนการศึกษาเป็นบุตรคนที่
.....ของครอบครัว

คนที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	กำลังศึกษา สถานศึกษา/ระดับชั้น	ประกอบอาชีพ	รายได้ต่อเดือน	สถานภาพ โสด/สมรส	จำนวนบุตร



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลอื่น ๆ ของนักศึกษาผู้ขอรับทุนการศึกษา

18) ความจำเป็นที่ขอรับทุนการศึกษา พร้อมบรรยายประวัติ สภาพครอบครัวและเหตุผลความจำเป็นในการขอรับทุนการศึกษา (กรณาระบุให้ชัดเจนและเขียนตัวบรรจง อย่างน้อย 1 หน้ากระดาษ A4)



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแผนที่ที่อยู่อาศัยของนักศึกษาผู้ขอรับทุนการศึกษา

แผนที่ที่ตั้งของที่อยู่อาศัยของผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา

คำแนะนำ: ให้ผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา วาดแผนที่แสดงที่ตั้งของที่อยู่อาศัย โดยแสดงสถานที่ตั้งและจุดที่ตั้งสำคัญในแผนที่ หรือสามารถใช้ภาพถ่ายทางอากาศ และระบุที่ตั้งของที่อยู่ปัจจุบันประกอบด้วยได้

ภาพถ่ายของที่อยู่อาศัยของผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา ภาพถ่ายภายใน (เห็นเลขที่บ้านและบริเวณชัดเจน) อย่างน้อย 2 รูป

--	--



มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ข้อปฏิบัติของนักศึกษาผู้ขอทุนการศึกษา

1. ผู้ขอทุนการศึกษาต้องมีความประพฤติดี ขยันหมั่นเพียร ตั้งใจศึกษาเล่าเรียน ใฝ่เรียนรู้
2. ผู้ขอทุนการศึกษาต้องใช้จ่ายอย่างประหยัด และใช้เงินอย่างสมเหตุสมผล
3. ผู้ขอทุนการศึกษาต้องทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์เพื่อส่วนร่วมหรือเข้าร่วมกิจกรรมนอกหลักสูตรที่คณะฯ หรือมหาวิทยาลัยจัดให้
4. ผู้ขอทุนการศึกษาต้องแสดงความกตัญญูรู้คุณต่อผู้อุปการะ เช่น ส่งการ์ดอวยพรในโอกาสพิเศษต่างๆ หรือเขียนจดหมายถึงผู้อุปการะทุกปีการศึกษา และหากผู้อุปการะประสงค์เข้ามามอบทุนด้วยตนเองที่คณะฯ จะต้องเข้าร่วมพิธีมอบทุน
5. ผู้ขอทุนการศึกษาต้องรายงานผลการศึกษาต่องานกิจการนักศึกษาทุกภาคการศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อดำเนินการแจ้งผู้อุปการะทราบต่อไป
6. ผู้ขอทุนการศึกษาภายหลังสำเร็จการศึกษาแล้ว จะต้องแจ้งสถานที่ปฏิบัติงานให้ผู้อุปการะคุณทราบ

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อปฏิบัติของนักศึกษาผู้ขอทุนการศึกษาข้างต้นโดยตลอดแล้วและยินดีที่จะปฏิบัติตามทุกประการ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ หากปรากฏว่าข้อความในข้างต้นไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะฯ ตัดสิทธิ์การรับทุนการศึกษาตลอดสภาพการเป็นนักศึกษา รวมทั้งยินยอมคืนเงินทุนการศึกษาในส่วนที่ข้าพเจ้าได้รับไปแล้วให้แก่คณะฯทันที ตลอดจนอนุญาตพร้อมยินยอมให้งานกิจการนักศึกษา สำนักงานการศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เก็บรวบรวม ใช้งาน และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ปรากฏในใบสมัครทุนการศึกษา หรือเอกสารประกอบการสมัครฯ เพื่อในการติดตามและประกอบการพิจารณาคัดเลือกผู้รับทุนการศึกษา และหากได้รับการพิจารณารับทุนการศึกษา จะตั้งใจศึกษาในสาขาวิชา หรือหลักสูตรของส่วนงานที่สังกัดอย่างเต็มความสามารถ

ลงชื่อ ผู้ขอรับทุนการศึกษา

(.....)

วันที่



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

หนังสือขอรับการสนับสนุนทุนการศึกษาของผู้ปกครอง

เขียนที่.....

วันที่

เรียน คณะกรรมการพิจารณาทุนการศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ข้าพเจ้า ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี

มีความเกี่ยวข้องเป็น..... ของนักศึกษา ชื่อ - สกุล.....

ที่อยู่ (สามารถติดต่อได้) บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ E-mail

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ปกครอง ขอแสดงเหตุผลในการขอรับการสนับสนุนทุนการศึกษา ดังนี้ (โปรดระบุเหตุผลความจำเป็นและรายได้ของครอบครัว)

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวมาทั้งหมดไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการและข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลกับทางคณะเพื่อประกอบการพิจารณาการให้ทุนการศึกษาด้วยความสมัครใจ

ลงชื่อ ผู้ปกครอง

(.....)

หมายเหตุ ลายมือชื่อของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ต้องเป็นลายมือชื่อแท้จริงเท่านั้น **พรมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครอง พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง ห้าม นักศึกษาเซ็นลายมือชื่อแทนโดยเด็ดขาด**



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

หลักฐานประกอบการรับสมัครทุนการศึกษา

ผู้สมัครขอทุนการศึกษาต้องแนบหลักฐานประกอบการสมัคร ดังต่อไปนี้มาพร้อมกับใบสมัคร (โปรดเรียงตามลำดับ)

- 1. ใบสมัครทุนการศึกษา 1 ฉบับ พร้อมรูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องด้วยปากกาเท่านั้น) จำนวน 3 ฉบับ
- 3. สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องด้วยปากกาเท่านั้น) จำนวน 1 ฉบับ
- 4. สำเนาบัตรนักศึกษา (พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องด้วยปากกาเท่านั้น) จำนวน 3 ฉบับ
- 5. หนังสือรับรองเงินเดือน หรือรับรองรายได้ของผู้ปกครอง
- 6. ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมปีล่าสุด จำนวน 2 ฉบับ
(สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ให้ใช้ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (GPAX))
- 7. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) (SCB) ที่เป็นชื่อของนักศึกษา จำนวน 2 ฉบับ
(พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องด้วยปากกาเท่านั้น)
- 8. ใบเสร็จค่าหอพัก (หากมี)
- 9. ใบเสร็จรับเงินค่าลงทะเบียนเทอมล่าสุด
- 10. ใบเสร็จแสดงภาระหนี้สินของผู้ปกครอง (หากมี)
- 11. สำเนาการเปลี่ยนชื่อสกุล (หากมี)
- 12. เอกสารอื่น ๆ ตามเห็นสมควร (หากมี)

หมายเหตุ : ใบสมัครทุนการศึกษาฉบับนี้ จะเป็นส่วนสำคัญในการพิจารณาทุนการศึกษา ดังนั้นขอให้ผู้สมัครขอรับทุนการศึกษาตรวจสอบหลักฐานประกอบการสมัครให้ครบถ้วนก่อนการส่งใบสมัครดังกล่าว **หากเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จะไม่รับใบสมัครไม่ว่ากรณีใดทั้งสิ้น**



มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คุณสมบัติของผู้ขอรับทุนการศึกษา

1. ผู้ขอรับทุนการศึกษาต้องเป็นนักศึกษาคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ขอรับทุนการศึกษากำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี
3. ผู้ขอรับทุนการศึกษาประสบปัญหาขาดแคลนทุนทรัพย์ในการศึกษาเล่าเรียน
4. ผู้ขอรับทุนการศึกษามีผลการเรียนเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 2.50 ขึ้นไป มีความตั้งใจศึกษาเล่าเรียนและมีความประพฤติดี
5. ผู้ขอรับทุนการศึกษาต้องเข้าร่วมกิจกรรมของคณะฯ อย่างต่อเนื่อง หรือทำกิจกรรมเพื่อส่วนรวม

เกณฑ์การตัดสินเข้ารับทุนการศึกษา

1. บิดา-มารดาหรือผู้ปกครองต้องรับทราบการขอทุนของนักศึกษา และลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรในการขอทุนการศึกษากับงานกิจการนักศึกษา
2. บิดา-มารดาหรือผู้ปกครองมีฐานะยากจนหรือประสบปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง
3. การให้ทุนช่วยเหลือหรือให้ทุนกู้ยืมเป็นการช่วยเหลือตามความจำเป็นของนักศึกษาเท่านั้น
4. คณะกรรมการพิจารณาทุนการศึกษาจะดำเนินการพิจารณาให้ทุนการศึกษาช่วยเหลือนักศึกษาเป็นรายปี
5. การพิจารณาให้ทุนการศึกษาใช้การสัมภาษณ์โดยคณะกรรมการอย่างน้อย 3 ท่านขึ้นไป และต้องไม่มีกรรมการท่านใดคัดค้าน
6. ให้การตัดสินของคณะกรรมการพิจารณาทุนการศึกษา ถือเป็นที่สุด

ขั้นตอนการขอรับทุน

1. นักศึกษาขอแบบฟอร์มใบสมัครขอรับทุนการศึกษา ณ งานกิจการนักศึกษา สำนักงานการศึกษา อาคารหอพักแพทย์
ชั้น 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หรือ Download link :

<https://www.rama.mahidol.ac.th/studentaffairs/th/welfare/scholarship>



Download ใบสมัคร

2. กำหนดการรับสมัครทุนฯ ตามประกาศ ณ งานกิจการนักศึกษา (หรือเว็บไซต์ของงานกิจการนักศึกษา)
3. ยื่นใบสมัครขอรับทุนพร้อมหลักฐานผลการเรียน ตามกำหนดวัน เวลา ที่ประกาศ ณ งานกิจการนักศึกษา (หรือเว็บไซต์ของงานกิจการนักศึกษา)
4. ผู้เข้ารับทุนต้องเข้าสัมภาษณ์ตามกำหนดวัน เวลา ที่ประกาศ ณ งานกิจการนักศึกษา (หรือเว็บไซต์ของงานกิจการนักศึกษา)
5. เมื่อได้รับการพิจารณาทุนการศึกษาให้ติดตามขอรับทุนการศึกษากับเจ้าหน้าที่งานกิจการนักศึกษาที่รับผิดชอบเรื่องทุนฯ ดังกล่าว