

ใบสมัครขอรับทุนการศึกษาหลักสูตรรังสีเทคนิคของโรงพยาบาลเกาะสมุย  
ตามโครงการผลิตนักรังสีการแพทย์โดยใช้เงินบำรุงเป็นทุนการศึกษา

ติดรูปถ่าย  
ขนาด ๑ นิ้ว

ข้าพเจ้าชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

เลขที่บัตรประชาชนตัวประชาชน

๑. ประวัติส่วนตัวผู้สมัครขอรับทุน

๑.๑ วัน เดือน ปีเกิด.....นับถือศาสนา.....

ภูมิลำเนาเดิม บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

๑.๒ ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

๒. ประวัติการศึกษาและการรับทุนการศึกษา

๒.๑ ผู้สมัครจบการศึกษาระดับ.....จากสถานศึกษา.....

เกรดเฉลี่ยสะสม.....

๒.๒  เคยได้รับทุนการศึกษา

ปีการศึกษา	ประเภท	ชื่อทุนการศึกษา	จำนวนเงิน

๒.๓  ไม่เคยได้รับทุนการศึกษา

๓. ครอบครัว/ผู้อุปการะ

๓.๑ ชื่อ/สกุล บิดา.....  มีชีวิตอยู่ อายุ.....ปี  ถึงแก่กรรม

อาชีพของบิดา (โปรดระบุรายละเอียดลักษณะอาชีพ).....

สถานที่ทำงานของบิดา.....

โทรศัพท์มือถือ.....

- ๓.๒ ชื่อ/สกุล มารดา.....  มีชีวิตอยู่ อายุ.....ปี  ถึงแก่กรรม  
อาชีพของมารดา (โปรดระบุรายละเอียดลักษณะอาชีพ).....  
สถานที่ทำงานของมารดา.....  
โทรศัพท์มือถือ.....
- ๓.๓ ชื่อ/สกุล ผู้อุปการะ (กรณีไม่มีบิดา/มารดา).....อายุ.....ปี  
รายได้พิเศษ (ถ้ามีโปรดระบุ).....บาทต่อปี อาชีพของผู้อุปการะ.....  
สถานที่ทำงาน.....  
โทรศัพท์มือถือ.....
- ๓.๔ สถานภาพครอบครัว  
 บิดา-มารดา อยู่ร่วมกัน  
 แยกกันอยู่ชั่วคราว ( ) บิดาส่งเสีย ( ) มารดาส่งเสีย ( ) บิดา/มารดาไม่ได้ส่งเสีย  
 หย่าร้าง ( ) บิดาส่งเสีย ( ) มารดาส่งเสีย ( ) บิดา/มารดาไม่ได้ส่งเสีย  
 อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
- ๓.๕ ข้าพเจ้ามีพี่น้อง.....คน (รวมทั้งผู้ขอทุน) ผู้ขอทุนเป็นบุตร-ธิดา คนที่.....

#### ๔. รายรับ/รายจ่ายในภาคการศึกษาที่ผ่านมา

##### รายรับ

รับเงินค่าอาหาร ( ) วันละ ( ) สัปดาห์ละ ( ) เดือนละ.....บาท จาก.....  
รับทุนเดือนละ.....บาท  
ทำงานหารรายได้พิเศษคือ.....รายได้ ( ) สัปดาห์ละ ( ) เดือนละ.....บาท  
รวมรายได้ทั้งสิ้นประมาณ ( ) วันละ ( ) สัปดาห์ ( ) เดือนละ.....บาท

##### รายจ่าย

รับประทานอาหารเช้า ( ) ที่บ้าน ( ) ที่สถานศึกษา ( ) ที่อื่น.....บาท  
รับประทานอาหารกลางวัน ( ) ที่บ้าน ( ) ที่สถานศึกษา ( ) ที่อื่น.....บาท  
รับประทานอาหารเย็น ( ) ที่บ้าน ( ) ที่สถานศึกษา ( ) ที่อื่น.....บาท  
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง วันละ.....บาท  
ค่าใช้จ่ายในการศึกษา วันละ.....บาท  
รวมรายจ่ายทั้งสิ้นประมาณ ( ) สัปดาห์ ( ) เดือนละ.....บาท

**๕. สุขภาพ**

- ข้าพเจ้าเคยเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อปี.....ด้วยโรค.....  
รวมระยะเวลาที่ต้องรักษา.....วัน
- ข้าพเจ้าเคยรับการรักษาและต้องอยู่โรงพยาบาลเมื่อปี.....ด้วยโรค.....  
รวมเวลาที่รับการรักษา.....วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษา.....บาท
- โรคที่ข้าพเจ้าเจ็บป่วยบ่อยที่สุด คือ.....
- มีการใช้บริการบัตรสุขภาพประจำโรงพยาบาล.....

**๖. กิจกรรมนอกหลักสูตรภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย**

( ) กิจกรรมของมหาวิทยาลัย.....

.....

.....

.....

.....

( ) กิจกรรมนอกมหาวิทยาลัย และอื่น ๆ.....

.....

.....

.....

**๗. อาจารย์ที่ปรึกษาจากมหาวิทยาลัย สามารถสอบถามได้**

ชื่อ-สกุล.....หมายเลขติดต่อ.....

ชื่อ-สกุล.....หมายเลขติดต่อ.....

**๘. หากสำเร็จการศึกษาแล้ว ข้าพเจ้ามีความตั้งใจจะประกอบอาชีพ (เลือกคำตอบเดียว)**

- ( ) รับราชการ                      ( ) ทำงานอิสระกับครอบครัว                      ( ) ทำงานกับเอกชน
- ( ) ทำงานรัฐวิสาหกิจ                      ( ) ทำงานธนาคาร
- ( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)                      ( ) ยังไม่ได้คิดล่วงหน้า

๙. หลักฐานหรือเอกสารประกอบการขอรับทุนที่แนบมาพร้อมใบสมัคร

- ( ) ใบรายงานผลการศึกษา
- ( ) สำเนาบัตรประชาชนของผู้สมัคร/บิดา มารดาหรือผู้อุปการะ พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
- ( ) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร/บิดา มารดาหรือผู้อุปการะ พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
- ( ) ใบรับรองแพทย์
- ( ) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กรอกไว้ในใบสมัครและหลักฐานเอกสารประกอบการสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการโดยยินยอมให้มีการตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาพของครอบครัว และตัวข้าพเจ้าหากตรวจพบว่าข้อมูลบางส่วนหรือทั้งหมดเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมขอใช้เงินทุนการศึกษาหรือเงินอื่น ๆ ที่ได้รับจากโรงพยาบาลเกษสมุยทั้งหมด

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครขอรับทุน

(.....)

วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....บิดา/มารดา หรือผู้อุปการะของผู้สมัครขอรับทุน

(.....)

วันที่...../...../.....