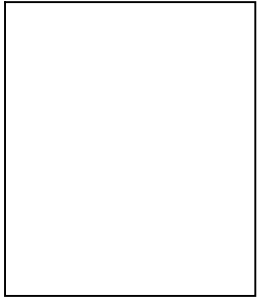


ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์



ปีการศึกษา..... ชื่อสถาบันการศึกษา.....

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

คะแนน GPA.....

1. ประวัติส่วนตัวนักศึกษา

วัน/เดือน/ปี เกิด

ภูมิลำเนาเดิม

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

2. สถานภาพครอบครัว

บิดา ชื่อ.....

ที่อยู่

อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....

มารดา ชื่อ

ที่อยู่

อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....

รายได้ของครอบครัวรวมกันต่อเดือน.....

ฐานะการสมรส ของบิดา-มารดา

อยู่ด้วยกัน หย่า บิดาถึงแก่กรรม มารดาถึงแก่กรรม

จำนวนพี่น้องร่วมบิดา-มารดามี.....คน มีงานทำ

กำลังศึกษา.....คน (รวมผู้ขอทุน)

3. ความจำเป็นในการขอรับทุน

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากข้อความที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ต่อ
คณะกรรมการเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้พิจารณาลงโทษหรือเพิกถอนทุนตามความเห็นสมควร

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....

4. ความเห็นและข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

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

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....