



ใบสมัครขอรับทุนการศึกษาเฉลิมพระเกียรติ
ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี
สำหรับนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ข้อมูลสุขภาพ
ปีการศึกษา พ.ศ. 2562

1. ข้าพเจ้า นาย/น.ส.....อายุ.....ปี
 นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ข้อมูลสุขภาพ ชั้นปีที่ 1
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จังหวัด.....
2. บิดา ชื่อ.....อายุ.....ปี [] มีชีวิตอยู่ [] ถึงแก่กรรม พ.ศ.....
 อาชีพ.....รายได้โดยประมาณ.....ต่อเดือน
 ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....
3. มารดา ชื่อ.....อายุ.....ปี [] มีชีวิตอยู่ [] ถึงแก่กรรม พ.ศ.....
 อาชีพ.....รายได้โดยประมาณ.....ต่อเดือน
 ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....
4. บิดามารดาของข้าพเจ้ามีบุตร.....คน ข้าพเจ้าเป็นบุตรคนที่.....

คนที่	ชื่อ	อายุ	ที่อยู่ปัจจุบัน	การศึกษา	อาชีพ

5. ข้าพเจ้าสำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียน.....
 ปีการศึกษา..... เกรดเฉลี่ยของชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย.....
 ข้าพเจ้าเคยศึกษาในคณะ.....สถาบัน.....ก่อนเข้าศึกษา
 ที่ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เกรดเฉลี่ยปีการศึกษาที่ผ่านมา.....

6. ขณะนี้ข้าพเจ้าอาศัยที่ [] บ้าน [] หอพักของมหาวิทยาลัย [] หอพักภายนอกมหาวิทยาลัย
ชื่อ.....
ที่อยู่ของหอพักหรือบ้าน คือเลขที่.....
.....โทรศัพท์.....
7. ข้าพเจ้าอาศัยในบ้าน หรือหอพักกับ [] บิดา [] มารดา [] ผู้อื่น ได้แก่.....
.....
.....
8. ผู้ให้การอุปการะด้านการเงินของข้าพเจ้าคือ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....ของนักศึกษา
รายละเอียดอาชีพบิดามารดา.....
.....
.....
รายละเอียดอาชีพของผู้ปกครองหรือผู้ให้การอุปการะด้านการเงินของข้าพเจ้า (ถ้าไม่ใช่บิดามารดา)
.....
.....
9. ปีการศึกษาที่แล้ว ข้าพเจ้าใช้เงินประมาณเดือนละ.....บาท
ข้าพเจ้าได้รับทุนการศึกษาจาก.....เดือนละ.....บาท รวมเป็นเงิน.....บาท
จาก.....เดือนละ.....บาท รวมเป็นเงิน.....บาท
และบิดามารดา หรือผู้ปกครองให้เพิ่มอีกเดือนละ.....บาท
10. ในปีนี้ข้าพเจ้าคิดว่าจะใช้เงินเดือนละ.....บาท
บิดามารดาหรือผู้ปกครองให้เงินข้าพเจ้าเดือนละ.....บาท
ข้าพเจ้าต้องการทุนอีกเดือนละ.....บาท
11. กรุณابอกเหตุผลในการขอรับทุนให้ชัดเจน.....
.....
.....
.....
.....(ไม่พอด้านหลัง)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างบนนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน
(.....)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาทุนการศึกษา

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว.....ขอแสดงความจำนง
เพื่อรับทุนสนับสนุนการศึกษาจากราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ ตามโครงการทุนการศึกษาเฉลิมพระเกียรติ
ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี สำหรับนักศึกษาหลักสูตร
วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ข้อมูลสุขภาพ โดยในฐานะผู้ขอรับทุนขอให้เหตุผลในการขอรับทุนดังนี้

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างบนนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับทุน

หมายเหตุ กรุณาอย่าลงชื่อถ้าท่านไม่ได้อ่านข้อความในหน้า 1 และ 2 อย่างละเอียด

ที่อยู่ผู้ปกครองที่ติดต่อได้ และ แผนที่โดยละเอียด (แผนที่เขียนด้านหลัง)

.....
.....

แผนที่บ้าน



ความเห็นของกรรมการสัมภาษณ์ทุนการศึกษาฯ

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

สมควรให้รับทุน จำนวน..... บาท ต่อ 1 ปีการศึกษา รวมระยะเวลาตลอดหลักสูตร เมื่อปฏิบัติเป็นไปตามเงื่อนไขที่ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์กำหนด

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกรรมการสัมภาษณ์ทุนการศึกษาฯ

ข้อมูลส่วนตัวของนักศึกษาที่ได้รับทุนการศึกษา

การศึกษาประจำปีการศึกษา.....

1. ชื่อผู้รับทุน.....
หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ข้อมูลสุขภาพ ประจำปีการศึกษา 2562
รหัส.....
2. ชื่อทุน โครงการทุนการศึกษาเฉลิมพระเกียรติ ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี สำหรับนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ข้อมูลสุขภาพ
ระยะเวลาที่ได้รับทุนตั้งแต่.....
จำนวนเงินทุนที่ได้รับ.....
3. ความจำเป็นที่ต้องขอรับทุนการศึกษา (เรียงตามความสำคัญจากมากไปหาน้อย)
.....
.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับทุน
(.....)