



รูปถ่าย
ขนาด 1 - 2 นิ้ว

ใบสมัครรับทุนสนับสนุนการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ประจำปี 2563

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อ - นามสกุล

กำลังศึกษาที่คณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ มหาวิทยาลัย

1. ประวัติส่วนตัว

1.1 วัน / เดือน / ปี เกิด..... อายุ..... ปี

1.2 น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

1.3 ที่อยู่ปัจจุบัน

.....
.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวกและรวดเร็ว.....

E-mail address

1.4 ชื่อ - สกุล บิดา อายุ..... ปี

อาชีพ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....

1.5 ชื่อ - สกุล มารดา..... อายุ..... ปี

อาชีพ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....

1.6 ผู้ปกครองในปัจจุบัน.....

2 ประวัติการศึกษาและกิจกรรม

2.1 สำเร็จการศึกษามัธยมปลายจากโรงเรียน.....

ผลการศึกษา.....

2.2 ผลการศึกษาระหว่างเป็นนักศึกษาพยาบาล

ชั้นปีที่ 1 ผลการศึกษา ภาคเรียนที่ 1..... ภาคเรียนที่ 2.....

ชั้นปีที่ 2 ผลการศึกษา ภาคเรียนที่ 1..... ภาคเรียนที่ 2.....

ชั้นปีที่ 3 ผลการศึกษา ภาคเรียนที่ 1..... ภาคเรียนที่ 2.....

ชั้นปีที่ 4 ผลการศึกษา ภาคเรียนที่ 1..... ภาคเรียนที่ 2.....

คะแนนเฉลี่ยสะสม (GPA)

2.3 กิจกรรมนอกหลักสูตรที่เคยเข้าร่วมขณะเป็นนักศึกษาพยาบาล
(ระบุประเภทกิจกรรม,ระยะเวลา และบทบาทหน้าที่)

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

2.4 กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคม

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

2.5 ความสามารถพิเศษ

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

2.6 ความความถนัดและงานอดิเรก

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

3. รางวัลการศึกษาหรือการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมอื่นๆ (แนบหลักฐานประกอบ, ถ้ามี) ที่เคยได้รับ

3.1 ระดับมัธยมปลาย

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

3.2 ระดับมหาวิทยาลัย.....

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

4. เหตุผลที่สนใจสมัครขอรับทุน และเป้าหมายชีวิตในการทำงานที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

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

5. ข้อมูลอื่นๆ ที่จะเป็นประโยชน์ในการสมัครเข้ารับทุน

.....
.....

6. ประวัติด้านโรคประจำตัวหรือมีความทุพพลภาพของร่างกายหรือไม่

- มี โปรดระบุ
- ไม่มี

ข้าพเจ้า.....นักศึกษาพยาบาลผู้ที่สมัครรับทุนสนับสนุนการศึกษา
ปีการศึกษา 2562 ได้รับทราบรายละเอียดและเงื่อนไขสัญญาการรับทุนสนับสนุนการศึกษา **สำหรับนักศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปี2563** ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เรียบร้อยแล้ว
และข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความทั้งหมดที่ให้ไว้ในใบสมัครนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่า
ข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้ไม่ตรงกับความจริงและเป็นสาเหตุให้ต้องถูกตัดสิทธิจากการรับทุน ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องใดๆทั้งสิ้น

ขอรับรองและลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐาน
ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เอกสารหลักฐานประกอบการสมัครรับทุนสนับสนุนการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล

- 1. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ติดที่ใบสมัคร)
- 2. สำเนาใบรับรองผลการศึกษา (Transcript) (ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 - ปัจจุบัน)
- 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 4. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 5. สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)
- 6. สำเนาผลการทดสอบภาษาอังกฤษ ตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด (เกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่ง) ดังนี้
 1. TOEIC ไม่น้อยกว่า 400
 2. IELTS ไม่น้อยกว่า 3
 3. TOEFL - IBT ไม่น้อยกว่า 29
 4. TOEFL - ITP ไม่น้อยกว่า 390
 5. TOEFL - CBT ไม่น้อยกว่า 90
 6. MU GLAD TEST ไม่น้อยกว่า 36
 7. MU-ELT ไม่น้อยกว่า 56

การยื่นใบสมัครและเอกสารประกอบการสมัคร ทางไปรษณีย์

ส่งเอกสารถึง : คุณจิรารัตน์ ธิติศุภกร

ฝ่ายทรัพยากรบุคคล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

(เขียนวงเล็บมุมซองขวาด้านล่างว่า “สมัครรับทุนพยาบาล”)