



ใบสมัครเพื่อขอรับทุนการศึกษา เรียนดีแต่ขาดแคลนทุนทรัพย์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ

ประจำปีการศึกษา



1. ข้อมูลนักศึกษา

ชื่อ - นามสกุล..... รหัสนักศึกษา ชั้นปีที่..... GPA

วันเกิด อายุ..... สัญชาติ เชื้อชาติ

โทรศัพท์ อีเมล

ที่อยู่ติดต่อได้

ที่อยู่

ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ภูมิลำเนาเดิม

ที่อยู่

ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

2. ทุนการศึกษาที่เคยได้รับในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา (รวมทั้งทุนกู้ยืม กรอ. และ กยศ.)

ลำดับ	ชื่อทุน	ปีการศึกษา	จำนวนเงิน (บาท)
1			
2			
3			
4			
5			

3. เงินรายรับรวมทั้งหมดของนักศึกษา บาท / เดือน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ผู้อุปการะที่ให้เงินเป็นค่าใช้จ่าย

บิดา-มารดา จำนวนเงิน บาท / เดือน

ญาติ (ระบุความสัมพันธ์.....) จำนวนเงิน บาท / เดือน

บุคคลอื่นๆ (ระบุความสัมพันธ์.....) จำนวนเงิน บาท / เดือน

3.2 รายได้ประจำเดือน จากทุน กรอ. / กยศ. / ทุนต่อเนื่องต่างๆ

ระบุชื่อทุน จำนวนเงิน บาท / เดือน

ระบุชื่อทุน จำนวนเงิน บาท / เดือน

3.3 รายได้พิเศษ (ระบุงาน) จำนวนเงิน บาท / เดือน

3.4 อื่นๆ (ระบุรายละเอียด) จำนวนเงิน บาท / เดือน

4. เงินรายจ่ายรวมทั้งหมดของนักศึกษา บาท / เดือน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ค่าใช้จ่ายส่วนตัว จำนวนเงิน บาท / เดือน

4.2 ค่าอุปกรณ์ / ค่าใช้สอยเกี่ยวกับการเรียน จำนวนเงิน บาท / เดือน

4.3 ค่ารักษาพยาบาล (ระบุ.....) จำนวนเงิน บาท / เดือน

4.4 ค่าที่พักระหว่างการเรียนที่มหาวิทยาลัย จำนวนเงิน บาท / เดือน

บ้านตนเอง

บ้านเช่า

หอพักมหาวิทยาลัย

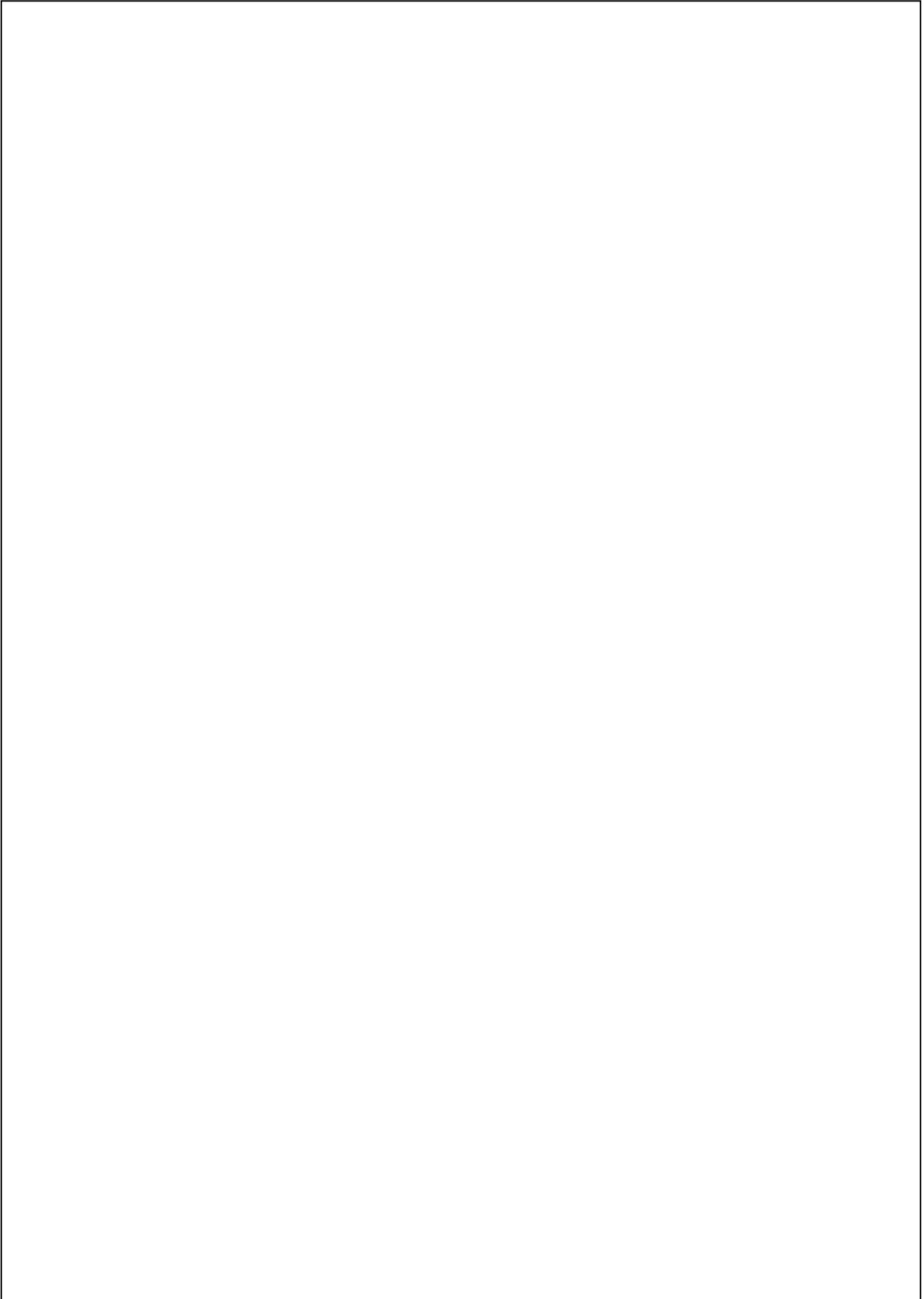
หอพักเอกชน

อื่นๆ (ระบุรายละเอียด)

5. ข้อมูลของครอบครัว

บุคคลในครอบครัว	สถานภาพ	อาชีพ	รายได้ต่อเดือน
บิดา อายุ ปี	<input type="checkbox"/> อยู่กับมารดา <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> เสียชีวิต		
มารดา อายุ ปี	<input type="checkbox"/> อยู่กับบิดา <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> เสียชีวิต		
พี่ / น้อง อายุ ปี	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> แต่งงาน <input type="checkbox"/> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> เสียชีวิต		
พี่ / น้อง อายุ ปี	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> แต่งงาน <input type="checkbox"/> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> เสียชีวิต		
พี่ / น้อง อายุ ปี	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> แต่งงาน <input type="checkbox"/> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> เสียชีวิต		
พี่ / น้อง อายุ ปี	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> แต่งงาน <input type="checkbox"/> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> เสียชีวิต		

6. ภาพถ่ายบ้านหรือที่อยู่อาศัยของครอบครัว



ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติของนักศึกษาที่มีสิทธิ์เข้ารับการพิจารณารับทุนการศึกษานี้ ประจำปีการศึกษา ตามที่คณะเภสัชศาสตร์กำหนดไว้ ดังนี้

- 1) เป็นนักศึกษาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ ชั้นปีที่ 1 – 6 ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา.....
- 2) มีผลการเรียนอยู่ในระดับดี โดยมีเกรดเฉลี่ยสะสม..... (มากกว่า 2.50) และไม่เคยได้รับผลการเรียนเป็นเกรด F
- 3) ขาดแคลนทุนทรัพย์สนับสนุนการศึกษา
- 4) มีความประพฤติดี และไม่เคยต้องโทษทางวินัยในหนึ่งปีการศึกษาที่ผ่านมา
- 5) ไม่มีพฤติกรรมเสื่อมเสียเรื่องยาเสพติด การพนัน และพฤติกรรมชู้สาว

และข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลทั้งหมดในใบสมัครนี้ เป็นความจริง หากภายหลังมีการตรวจสอบแล้วพบว่า ข้าพเจ้าให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ยกเลิกการพิจารณาให้ทุน หรือตามที่คณะเภสัชศาสตร์เห็นสมควร

ลงชื่อนักศึกษา

(.....)

วันที่ / /

ลงชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่ / /