



ใบสมัคร

ขอรับทุนการศึกษาเพื่อสนับสนุนค่าธรรมเนียมการศึกษาตลอดหลักสูตรบางส่วน
 นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา
 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
 ประจำปีการศึกษา.....

รูปถ่าย
 ขนาด
 1 นิ้ว

สาขาวิชาที่สมัครขอทุน: ☐ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ☐ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
☐ สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-นามสกุล : ภาษาไทย (นาย / นาง / นางสาว).....

ภาษาอังกฤษ (Mr. / Mrs. / Miss.).....

2. ชื่อปริญญาบัตรที่ได้รับคณะ.....

สถาบัน.....เมื่อเดือน.....พ.ศ.

ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA)(แนบ Transcript)

ผลการสอบภาษาอังกฤษ (ถ้ามี พร้อมแนบหลักฐาน) เมื่อวันที่

☐ CU-TEP

☐ IELTS

☐ TOEFL-ITP

☐ MU GRAD Test

☐ TOEFL-iBT

☐ TU-GET

☐ TOEIC

☐ อื่นๆ ระบุ.....

3. ประวัติการได้รับทุนการศึกษาก่อน จากที่อื่น

ถ้าท่านได้รับ หรือกำลังจะได้รับทุนการศึกษา/วิจัย กรุณาให้รายละเอียด

ชื่อทุน.....

กำหนดการรับทุน เริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ.....ถึงปีพ.ศ.....ระยะเวลา.....ปี เงินทุน.....บาท

ชนิดของทุนที่ให้และเงื่อนไข.....

4. ข้าพเจ้ายินยอมให้งานบัณฑิตศึกษา หน่วยจัดการศึกษา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ตรวจสอบหลักฐานการศึกษาและเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่ระบุไว้ และจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า เพื่อให้สถาบันสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาของข้าพเจ้า

5. เอกสารประกอบการพิจารณาให้แนบมาพร้อมใบสมัคร

☐ สำเนาระเบียนแสดงผลการเรียน (Transcript)

☐ สำเนาปริญญาบัตรทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า

☐ ใบแสดงผลสอบภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)

☐ เอกสารรับรองการทำงานจากผู้บังคับบัญชา (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบยอมรับเงื่อนไข ตลอดจนข้อปฏิบัติที่กำหนดไว้ในใบสมัครครั้งนี้แล้ว และยินยอมให้ใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อประกอบการพิจารณาการขอรับทุน

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....