

ประกาศ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
เรื่อง การรับสมัครนักศึกษาเพื่อขอรับทุนการศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙

.....

ด้วยนางสาวกาญจนา นิโรธรังสี และนางกาญจนา สถิรพงศ์กุล มีความประสงค์มอบทุนการศึกษาให้แก่นักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จำนวน ๑๒ ทุน ทุนละ ๕,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๖๐,๐๐๐ บาท (หกหมื่นบาทถ้วน) เป็นทุนการศึกษาประเภทให้เปล่า เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาให้แก่นักศึกษาที่มีความมุ่งมั่นตั้งใจศึกษาเล่าเรียน มีจิตอาสา บำเพ็ญสาธารณะประโยชน์เพื่อส่วนรวม โดยคณะพยาบาลศาสตร์ จะดำเนินการรับสมัครนักศึกษาเพื่อขอรับทุนการศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ ดังนี้

๑. คุณสมบัตินักศึกษาที่สมัครเข้ารับการคัดเลือก

๑.๑ เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในสาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน ๗ ทุน

๑.๒ เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล จำนวน ๕ ทุน

๑.๓ เป็นผู้ที่มีความตั้งใจเรียน มีความประพฤติดี และคาดว่าจะสำเร็จการศึกษาได้

๑.๔ ไม่ได้รับทุนการศึกษาประเภทให้เปล่าอื่นๆ

๒. เงื่อนไขการปฏิบัติหลังจากได้รับทุนการศึกษา

๒.๑ มีจิตสาธารณะ ช่วยงานจิตอาสา ช่วยเหลืองานอื่นตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ หรือมหาวิทยาลัยร้องขอ

๒.๒ รายงานผลการศึกษาต่ออาจารย์ที่ปรึกษาทุกภาคการศึกษา

๒.๓ รายงานการเก็บชั่วโมงจิตอาสาที่งานทุนการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ หลังจากสิ้นสุดปีการศึกษา

๓. การสมัคร

ยื่นเอกสารใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบ ด้วยตนเอง ที่สำนักงานคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้น ๒ ในระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๘ กันยายน ๒๕๖๙

๔. หลักฐานประกอบการรับสมัคร

๔.๑ ใบสมัครทุน

๔.๒ รูปถ่ายสวมใส่ชุดนักศึกษาขนาด ๑.๕ นิ้ว จำนวน ๑ รูป (ติดใบสมัคร)

๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษา หรือ หนังสือรับรองการเป็นนักศึกษา

๔.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๔.๕ สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๔.๖ หนังสือรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษา

๔.๗ เอกสาร/ภาพถ่ายแสดงการเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาที่ผ่านมา/กิจกรรมของมหาวิทยาลัย

หมายเหตุ - สำเนาเอกสารต้องเป็นขนาด A๔ และรับรองสำเนาด้วยตนเองทุกฉบับ

- กรณีแนบหลักฐานไม่ครบถ้วน คณะฯ ถือว่าขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบ

๕. การคัดเลือก

วันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๙ คณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์

๖. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์

วันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๙ ณ เว็บไซต์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ https://nu.cpru.ac.th/

๗. การสอบสัมภาษณ์

วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๙ โดยการสัมภาษณ์ รูปแบบออนไซด์

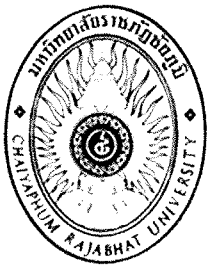
๙. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเพื่อรับทุนการศึกษา

วันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๙ ณ เว็บไซต์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ https://nu.cpru.ac.th/

ประกาศ ณ วันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙

(รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ วุฒิโส)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ประกาศ ที่ ๑๘๗ /๒๕๖๙



รูปนักศึกษา

ขนาด 1.5 นิ้ว

ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ชื่อทุน ทุนคณะพยาบาลศาสตร์ ปีการศึกษา 2569

1. ข้อมูลส่วนตัว

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว).....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....

รหัสนักศึกษา.....รุ่น..... ID line.....เบอร์ติดต่อ.....

E-mail.....สมัครเข้าศึกษาในรอบ.....

2. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

3. ที่อยู่ปัจจุบัน

หอพักชื่อ.....ห้องพัก.....ตั้งอยู่เลขที่.....บ้าน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

4. สภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอทุน ☑ ในช่องว่าง

☐อยู่กับบิดามารดา ☐อยู่กับบิดา ☐อยู่กับมารดา ☐ อยู่กับผู้อุปการะเกี่ยวข้องเป็น.....

ประวัติการรับทุนการศึกษา (ใส่ชื่อหน่วยงานผู้ให้ทุน) ☐ ไม่เคยได้รับทุน

ระดับการศึกษา	ชื่อทุนการศึกษา	จำนวนเงิน (บาท)	ต่อเนื่อง	เฉพาะปี	ไม่ผูกพัน	ผูกพัน

5. ข้อมูลการศึกษา

มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียน.....จังหวัด.....เกรดเฉลี่ย.....

ปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ย.....

ชั้นปีที่.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ย.....

ชั้นปีที่.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ย.....

ความสามารถพิเศษ.....

6. กิจกรรมที่จิตอาสา/กิจกรรมที่เข้าร่วมกับหน่วยงานอื่น/การเป็นผู้นำนักศึกษา (แนบภาพถ่ายประกอบ)

1.....

2.....

3.....

4.....

7. ข้อมูลสถานภาพครอบครัว

บิดาชื่อ.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

รายได้บิดาเดือนละ.....บาท

มารดาชื่อ.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

รายได้มารดาเดือนละ.....บาท

ชื่อผู้ปกครองกรณีไม่ใช่บิดามารดา

ชื่อ.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

รายได้เดือนละ.....บาท

8.ข้อมูลพี่น้องร่วมบิดามารดา จำนวน.....คน ผู้ขอรับทุนเป็นเป็นคนที่.....ของครอบครัว

คนที่	ชื่อ – สกุล	อายุ	วุฒิการศึกษา	อาชีพ	รายได้/เดือน

9. ความจำเป็นที่ขอรับทุนการศึกษา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ถ้าได้รับทุนจะนำไปใช้ประโยชน์ด้านใดบ้าง

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากทางคณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกทุนตรวจสอบพบว่าเป็นการให้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริง ทางคณะฯ ขอตัดสิทธิ์ในการรับทุนการศึกษาตลอดสภาพการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้รับทุน

(.....)

...../...../.....

คำรับรอง/ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาของ (นาย/นางสาว).....
รหัสนักศึกษา.....นักศึกษาชั้นปี.....ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นผู้ขอรับทุนการศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ ปีการศึกษา 2569

มีความเห็นว่า

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

.

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(.....)
...../...../.....

กิจกรรมที่เข้าร่วมกับมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
(แนบภาพถ่าย อย่างน้อย 3 รูป พร้อมบรรยายกิจกรรม)

กิจกรรมที่เข้าร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์

(แนบภาพถ่าย อย่างน้อย 3 รูป พร้อมบรรยายกิจกรรม)

บรรยายประวัติสภาพครอบครัว และเหตุผลจำเป็นในการขอรับทุน (เขียนให้อ่านออก)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....