

ใบสมัครขอรับทุนการศึกษาโครงการทุนการศึกษาเฉลิมพระเกียรติ ศาสตราจารย์  
ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี  
หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๓) ประเภทเรียนดี  
ปีการศึกษา ๒๕๖๓

ติดรูปถ่ายขนาด  
๑ นิ้ว

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....รหัสนักศึกษา.....

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ).....

กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีการศึกษาที่..... ผลการเรียนเฉลี่ย ปีการศึกษา ๒๕๖๓.....

**ข้อมูลทั่วไป**

**๑. ที่อยู่ปัจจุบัน (ภูมิลำเนา)**

บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....e-mail.....

**๒. ที่อยู่ปัจจุบันขณะกำลังศึกษาในวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ**

ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบัน

หอพัก/คอนโด.....ห้อง.....เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

**๓. ประวัติความผิดทางวินัยนักศึกษา**

ไม่เคย  เคย (ระบุลักษณะความผิด).....ปีการศึกษา.....

**๔. ประวัติการรับทุนการศึกษา**

ไม่เป็นผู้ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจากแหล่งอื่น

รับทุนการศึกษาจากแหล่งอื่น โปรดระบุ.....

หลักฐานประกอบการสมัคร

- ใบสมัครขอรับทุนการศึกษาพร้อมติดรูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ๑ รูป
- สำเนาใบแสดงผลการศึกษา (ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓) ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน  
(.....)  
วันที่.....

ความเห็นอนุศาสก/อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ลงชื่อ.....อนุศาสก/อาจารย์ที่ปรึกษา  
(.....)  
วันที่.....