

ลำดับที่สมัคร

**ใบสมัครคัดเลือกเพื่อรับทุนการศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕**

เรียน ประธานคณะกรรมการคัดเลือกผู้รับทุนการศึกษา

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เป็นข้าราชการ/พนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง

สังกัดสาขา กลุ่มวิชา/ภาควิชา

มีความประสงค์จะสมัครคัดเลือกเพื่อรับทุนการศึกษา ตาม ประกาศคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี เรื่อง รับสมัครคัดเลือกผู้รับทุนการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จึงขอแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑. ข้าพเจ้า เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน

๒. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้สะดวกและรวดเร็วที่สุด

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร

๓. ในกรณีเร่งด่วนที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ สามารถติดต่อผ่านทาง

(นาย/นาง/นางสาว) โทรศัพท์

ความสัมพันธ์

๔. ประวัติการศึกษา

ระดับ	ชื่อสถานศึกษา	ระหว่าง พ.ศ.- พ.ศ.	วุฒิที่ได้รับ แผนการเรียน/สาขา	คะแนนเฉลี่ย
ปริญญาตรี				
ปริญญาโท				

๕. ข้าพเจ้า () เคย () ไม่เคย ได้รับทุนการศึกษา

หลักสูตร	ประเทศ	ทุน	ระหว่าง พ.ศ.- พ.ศ.

(๓) ประวัติการทำงานเพื่อส่วนรวม

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัคร หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศรับสมัคร ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติทันที

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