



ใบสมัครเพื่อรับทุนสนับสนุนการศึกษาเพื่อเป็นอาจารย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

๑. ข้อมูลการสมัคร

สมัครเพื่อเข้ารับการสอบคัดเลือกรับทุนสนับสนุนการศึกษาเพื่อเป็นอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ในสาขาวิชา
(เลือกได้ ๑ สาขา)

- () สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
() สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
() สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่
() สาขาวิชาพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
() สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์

โดยเป็นผู้ที่

- () ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ทางด้านพยาบาลศาสตร์ หรือ
() อยู่ระหว่างการศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

๒. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
Name/Surname (Mr./Mrs./Ms.).....
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี..... เดือน (นับถึงวันสมัครรับทุน)
สถานภาพสมรส () โสด () สมรส () หย่า () หม้าย
สถานภาพทางทหาร () ยังไม่ผ่านเกณฑ์ทหาร () ผ่านเกณฑ์ทหาร () ได้รับการผ่อนผัน/ยกเว้น
เนื่องจาก.....
บัตรประชาชนเลขที่..... ออกให้โดย.....
วันที่ออก..... เดือน..... พ.ศ.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ /เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....
กรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อ ชื่อ..... นามสกุล.....
ความสัมพันธ์เป็น..... โทรศัพท์.....
ชื่อ-นามสกุลบิดา..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
ศาสนา..... อาชีพ.....
ชื่อ-นามสกุลมารดา..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
ศาสนา..... อาชีพ.....

๓. ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	สาขาวิชา	สถาบันการศึกษา	ระยะเวลา (พ.ศ.-พ.ศ.)	คะแนนเฉลี่ย สะสม
มัธยมศึกษา				
ปริญญาตรี				
ปริญญาโท				
อื่นๆ				

๔. ประวัติการฝึกอบรม/ดูงาน/งานวิจัย

หลักสูตร	หน่วยงาน	ระยะเวลา

๕. ประวัติการทำงาน (เรียงจากปัจจุบันไปอดีต)

ระยะเวลา การปฏิบัติงาน	หน่วยงาน	ตำแหน่ง	สาเหตุที่ออก	ผู้ที่รับรอง ตำแหน่ง

ทั้งนี้ ขอรับรองว่า หากได้รับทุนแล้ว จะยื่นใบลาออกจากที่ทำงานเดิมเพื่อรับทุนศึกษาต่อ โดยจะแสดงหลักฐานการลาออกภายหลังที่ได้รับทุนตามสัญญาแล้ว

๖. ความสามารถด้านภาษาต่างประเทศ

ประเภทของการทดสอบ	คะแนนที่ได้รับ	วันที่ได้รับการทดสอบ

๗. ประวัติการได้รับทุน

() ไม่เคยได้รับทุน

() เคยได้รับทุนมาก่อน

ชื่อทุน..... () ทุนให้เปล่า () ทุนที่มีเงื่อนไขการขอใช้ทุน

หน่วยงานที่ให้ทุน (แหล่งทุน).....

ระยะเวลาศึกษา.....ปี ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

จำนวนเงินทุน.....บาท

ขณะนี้ () ไม่มีภาระผูกพันที่ต้องขอใช้

() มีภาระผูกพันที่ต้องขอใช้ เป็นเวลา.....วัน เป็นเงิน.....บาท

๘. เอกสารประกอบการสมัคร

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

จำนวน ๑ ฉบับ

() สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น ๑
ที่ยังไม่หมดอายุ

จำนวน ๑ ฉบับ

() สำเนาทะเบียนบ้าน

จำนวน ๑ ฉบับ

() สำเนาปริญญา และสำเนาผลการเรียนตลอดหลักสูตร
ในระดับปริญญาตรี

จำนวน ๑ ฉบับ

() หนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย
ของมหาวิทยาลัยที่กำลังศึกษา ว่าเป็นนักศึกษาระดับ
ปริญญาโท พร้อมสำเนาผลการเรียนตลอดหลักสูตร

จำนวน ๑ ฉบับ

() ผลการตรวจสุขภาพร่างกาย และการประเมินสุขภาพจิต
และการตรวจทางจิตวิทยา ที่มีอายุไม่เกิน ๓ เดือน
จากโรงพยาบาลของรัฐ นับตั้งแต่วันที่ยื่นเอกสาร

การสมัครขอรับทุน

จำนวน ๑ ฉบับ

() สำเนาหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)

จำนวน ๑ ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดในใบสมัครขอรับทุนนี้เป็นความจริงทุกประการ และได้อ่านประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เรื่อง รับสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อรับทุนสนับสนุนการศึกษาเพื่อเป็นอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เป็นที่เข้าใจแล้ว เมื่อได้รับการประกาศเป็นผู้มีสิทธิ์รับทุน ข้าพเจ้ายินดีรับทุนตามประกาศ ฯ และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ยินยอมปฏิบัติงานขอใช้ทุนตามเงื่อนไขการขอใช้ทุนที่กำหนดตามสัญญารับทุนทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัครขอรับทุน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือขอความยินยอมในการเก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว

“ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว” หมายความว่า ข้อมูลที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษในการประมวลผล ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งกฎหมายให้การคุ้มครองข้อมูลที่อ่อนไหวเข้มงวดกว่าข้อมูลส่วนบุคคลธรรมดา เช่น ข้อมูล เชื้อชาติ ข้อมูลการนับถือศาสนา ข้อมูลสุขภาพ ประวัติการได้รับโทษ ข้อมูลอื่นใด ซึ่งกระทบต่อเจ้าของข้อมูล ส่วนบุคคลในตนเองเดียวกัน

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ขอความยินยอมจากผู้สมัครเข้ารับการสอบคัดเลือกเพื่อรับทุนสนับสนุน การศึกษา ในการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว เพื่อวัตถุประสงค์ในคัดเลือก บุคคลเพื่อรับทุนสนับสนุนการศึกษาเพื่อเป็นอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี โดยมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จะดำเนินการภายใต้อำนาจและภาระหน้าที่ของหน่วยงานเท่าที่จำเป็น ด้วยมาตรการที่เข้มงวดในการรักษาความลับ และดูแลข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัครเข้ารับการสอบคัดเลือกเพื่อรับ ทุนสนับสนุนการศึกษา ให้ปลอดภัยภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ และกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง

ผู้สมัครเข้ารับการสอบคัดเลือกเพื่อรับทุนสนับสนุนการศึกษา มีสิทธิที่จะปฏิเสธการยินยอมให้หน่วยงานเก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ระบุด้านล่างนี้

ความยินยอมเพื่อเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัคร

ตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒

๑. ข้าพเจ้ายินยอม ให้หน่วยงานเก็บรวบรวมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาการสมัครงาน ได้แก่เอกสารใบ สมัครและเอกสารแนบท้าย

ทั้งนี้ เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติในการรับสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือกเพื่อรับทุนสนับสนุนการศึกษา

☐ ยินยอม (Consent) ☐ ไม่ยินยอม (Decline)

๒. ข้าพเจ้ายินยอม ให้มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เอกสารใบสมัครและเอกสารเอกสารแนบท้าย

“ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นผู้ผ่านการคัดเลือก และได้ยืนยันสิทธิการรับทุนสนับสนุนการศึกษา”

ทั้งนี้ เพื่อความจำเป็นด้านสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ในการรับทุนสนับสนุนการศึกษา จากมหาวิทยาลัย ราชภัฏสุราษฎร์ธานี

☐ ยินยอม (Consent) ☐ ไม่ยินยอม (Decline)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

วันที่/...../.....