

ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๔/ ๖๓๖๒



สถาบันพระบรมราชชนก
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง การคัดเลือกนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อรับทุนการศึกษาในโครงการ
“ทุนการศึกษา จีเอสเค พยาบาลเพื่อชุมชน” รุ่นที่ ๑๙ ปีการศึกษา ๒๕๖๑

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครขอรับทุนโครงการทุนการศึกษา จีเอสเค พยาบาลเพื่อชุมชน จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ บริษัทแกล็กโซสมิทไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด ได้จัดทำโครงการ“ทุนการศึกษา จีเอสเค พยาบาลเพื่อชุมชน” โดยมอบทุนการศึกษาต่อเนื่องให้กับนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๐ เป็นประจำทุกปีจนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับทุนการศึกษามาแล้วจำนวน ๑๘ รุ่น ซึ่งในปี ๒๕๖๑ นี้ ทางบริษัทฯ จะมอบทุนการศึกษาให้กับนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นทุนการศึกษาต่อเนื่องที่ให้กับนักศึกษาตั้งแต่อยู่ชั้นปีที่ ๑ - ๔ จำนวน ๓๐ ทุน รวม ๙๐,๐๐๐ บาท โดยชั้นปีที่ ๑ และปีที่ ๔ ให้ทุนการศึกษาทุนละ ๒๕,๐๐๐ บาท/ปี สำหรับชั้นปีที่ ๒ และ ๓ ให้ทุนการศึกษาทุนละ ๒๐,๐๐๐ บาท/ปี นั้น

ในการนี้ สถาบันพระบรมราชชนก ขอความร่วมมือให้วิทยาลัยฯ ดำเนินการพิจารณา คัดเลือกนักศึกษาพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑ โดยคัดเลือกนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ ๑ เพื่อขอรับทุนการศึกษาดังกล่าว จำนวน ๑ ราย และส่งรายชื่อผู้ได้รับการเสนอชื่อเพื่อขอรับทุน พร้อมใบสมัครขอรับทุนของโครงการทุนการศึกษา“ทุนการศึกษา จีเอสเค พยาบาลเพื่อชุมชน” ไปยังสถาบันพระบรมราชชนก ภายในวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการดังที่ได้เรียนมาข้างต้นต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายรุ่งฤทธิ์ มวลประสิทธิ์พร)
ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

สำนักผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

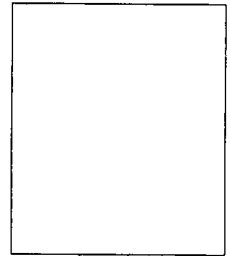
งานโครงการและกิจกรรมพิเศษ

โทร ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๑๑

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๑๗



GlaxoSmithKline



ใบสมัครขอรับทุน
โครงการทุนการศึกษา “จีเอสเค พยาบาลเพื่อชุมชน”
ประจำปีการศึกษา 2561

วิทยาลัยพยาบาล _____ จังหวัด _____

1. ข้อมูลนักศึกษา

ชื่อ/นามสกุล _____ วันเดือนปีเกิด _____

บัตรประชาชนเลขที่ _____ สถานที่ออกบัตร _____

วันออกบัตร _____ วันหมดอายุ _____

ที่อยู่ _____

โทรศัพท์ _____

2. สถานภาพครอบครัว

บิดาชื่อ/นามสกุล _____ อายุ _____ ปี

อาชีพ _____ รายได้ต่อเดือน _____ บาท

มารดาชื่อ/นามสกุล _____ อายุ _____ ปี

อาชีพ _____ รายได้ต่อเดือน _____ บาท

3. สมาชิกอื่นๆในครอบครัวที่อาศัยด้วยกัน

3.1 _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์ _____ อาชีพ _____

3.1 _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์ _____ อาชีพ _____

3.1 _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์ _____ อาชีพ _____

3.1 _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์ _____ อาชีพ _____

3.1 _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์ _____ อาชีพ _____

4. ประวัติการศึกษา

ประถมศึกษา โรงเรียน _____ เมื่อปี พ.ศ. _____

มัธยมศึกษา โรงเรียน _____ เมื่อปี พ.ศ. _____

เกรดเฉลี่ยปีสุดท้าย _____

5. เหตุผลที่ต้องการประกอบอาชีพพยาบาล _____

6. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับการปฏิบัติหน้าที่วิชาชีพพยาบาลในถิ่นทุรกันดาร _____

7. ท่านยินดีที่จะปฏิบัติตามเงื่อนไขของโครงการหรือไม่ อย่างไร _____

8. บริษัทฯ ต้องการจัดทำฐานข้อมูลนักศึกษาทุนในโครงการฯ ท่านยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อเผยแพร่ ติดตามผล และจัดทำทำเนียบพยาบาลหรือไม่ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

เงื่อนไขของโครงการ

เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ยินดีที่จะทำงานในชนบทที่บ้านเกิดของท่าน หรือตามที่ได้รับมอบหมายจากสถาบันพระบรมราชชนก เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 4 ปี

ลงชื่อ _____ ผู้ขอรับทุน
(_____)
วันที่ _____

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อ/นามสกุล _____ แผนก _____
โทรศัพท์ _____ ต่อ _____ โทรสาร _____
ผลการประเมิน _____
วิทยาลัยพยาบาล _____
บริษัท แกสลิคโซสมิทไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด