



ใบสมัครโครงการทุนสนับสนุนนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ
นักศึกษาระดับบัณฑิตวิทยาลัยที่มีความบกพร่องทางร่างกาย

ภาคต้น ภาคปลาย ปีการศึกษา.....

ชื่อ(นาย /นาง /นางสาว)..... คณะแผนกเฉลี่ยสะสม.....

รหัสนักศึกษา

--	--	--	--	--	--	--	--

						/	
--	--	--	--	--	--	---	--

 ระดับการศึกษา ปริญญา โท เอก

สาขาวิชา.....คณะ /สถาบัน /วิทยาลัย.....

โทรศัพท์..... E-mail:

อยู่ในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ หรือคาดว่าจะทำวิทยานิพนธ์ในหัวข้อเรื่อง

.....
.....

ประวัติการรับทุน

ได้รับทุนจากแหล่งทุนอื่น ไม่เคยได้รับทุนจากแหล่งทุนอื่น

ชื่อทุนที่ได้รับ	ช่วงเวลาที่ได้รับทุน	มูลค่าทุน

เหตุผลและความจำเป็นในการขอรับทุนฯ

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

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

เอกสารประกอบการยื่นใบสมัคร

(.....)

สำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษา

นักศึกษาผู้สมัครขอรับทุน

สำเนาใบรายงานผลการเรียน (Grade Report)

วันที่



ความเห็นของอาจารย์ผู้รับผิดชอบนักศึกษา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ
(ศ./ ร.ศ./ ผ.ศ.).....)
อาจารย์ผู้รับผิดชอบนักศึกษา
วันที่

ความเห็นของประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ
ศ./ ร.ศ./ ผ.ศ.(.....)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วันที่