

แบบยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุข
ในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา
และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙

คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรภาษาไทย มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อ - สกุล ของผู้มีสิทธิได้รับทุนฯ (นาย/นาง/นางสาว).....
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
โรงเรียน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดระยอง

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ของผู้สมัครรับทุน.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ของผู้ปกครอง.....เกี่ยวข้องเป็น.....

☐ ประสงค์รับทุนการศึกษา
☐ ไม่ประสงค์รับทุนการศึกษา เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืนยันความประสงค์
(.....)
ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)
ลงวันที่.....

หมายเหตุ

เมื่อกรอกแบบยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุข
ในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปี
การศึกษา ๒๕๖๙ แล้วเสร็จ โดยจัดส่งไฟล์ PDF เพื่อยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา ขอความกรุณา
ส่งไฟล์มาที่ E-mail : Carefortheelderly.pao.ry@gmail.com ภายในวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๙
ก่อนเวลา ๑๒.๐๐ น. (หากเกินจากวันและเวลาที่กำหนด จะถือว่า สละสิทธิ์) หากมีข้อสงสัยหรือข้อซักถาม
สามารถติดต่อได้ที่ ๐ ๓๘๖๑ ๙๔๓๐ ต่อ ๒๑๐ งานฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุ ฝ่ายบริการทางการแพทย์ กองสาธารณสุข

แบบยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุข
ในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา
และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙

คณะสหเวชศาสตร์ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อ - สกุล ของผู้มีสิทธิได้รับทุนฯ (นาย/นาง/นางสาว).....
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
โรงเรียน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดระยอง

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ของผู้สมัครรับทุน.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ของผู้ปกครอง.....เกี่ยวข้องเป็น.....

☐ ประสงค์รับทุนการศึกษา
☐ ไม่ประสงค์รับทุนการศึกษา เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืนยันความประสงค์
(.....)
ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)
ลงวันที่.....

หมายเหตุ

เมื่อกรอกแบบยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุข ในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปี การศึกษา ๒๕๖๙ แล้วเสร็จ โดยจัดส่งไฟล์ PDF เพื่อยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา ขอความกรุณา ส่งไฟล์มาที่ E-mail : Carefortheelderly.pao.ry@gmail.com ภายในวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๙ ก่อนเวลา ๑๒.๐๐ น. (หากเกินจากวันและเวลาที่กำหนด จะถือว่า สละสิทธิ์) หากมีข้อสงสัยหรือข้อซักถาม สามารถติดต่อได้ที่ ๐ ๓๘๖๑ ๙๔๓๐ ต่อ ๒๑๐ งานฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุ ฝ่ายบริการทางการแพทย์ กองสาธารณสุข