



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุข
ในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗

ตามที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง โดยความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง
มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ได้จัดทำโครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุข
ในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปี
การศึกษา ๒๕๖๗ เพื่อสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุขให้กับนักเรียนในจังหวัดระยอง ตลอดหลักสูตร
จำนวนทั้งสิ้น ๙ ทุน เป็นเงินจำนวนทั้งสิ้น ๒,๕๒๐,๐๐๐.- บาท (สองล้านห้าแสนสองหมื่นบาทถ้วน) ประกอบด้วย
คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรภาษาไทย จำนวน ๕ ทุน เป็นเงินจำนวน
๑,๕๐๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งล้านห้าแสนบาทถ้วน) และคณะสหเวชศาสตร์ หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชา
กายภาพบำบัด จำนวน ๔ ทุน เป็นเงินจำนวน ๑,๐๒๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งล้านหนึ่งแสนสองหมื่นบาทถ้วน)
โดยกำหนดให้มีการสอบสัมภาษณ์ผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษาตามโครงการฯ ระหว่างวันที่ ๘ - ๙ มกราคม
๒๕๖๗ นั้น

บัดนี้ ผลการสอบสัมภาษณ์ผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษาตามโครงการฯ ได้เสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง จึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษาตามโครงการสนับสนุน
ทุนการศึกษาด้านสาธารณสุขในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา
และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรภาษาไทย

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	โรงเรียน
๑.	นางสาวอัญชิสา งามยิ่ง	เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทร์ ระยอง
๒.	นางสาวรินรดา จินโน	วัดป่าประดู่
๓.	นางสาววรารณ พูน	บ้านฉางกาญจนกุลวิทยา
๔.	นางสาวสโรชา อนันต์ปรีดาสุข	บ้านค่าย
๕.	นางสาววรรณ กาญจนวิวิญ	เขาชะเมาวิทยา
สำรอง		
๑.	นางสาววรรณรดา ตูทองคำ	วัดป่าประดู่
๒.	นายธนาวุฒิ บรรเทิงสุข	บ้านค่าย
๓.	นางสาวอินทรา กรมจีน	นครระยองวิทยาคม (วัดโขดไต้)
๔.	นางสาววันทยา พร้อมไธสง	วังจันทร์วิทยา

๑. คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรภาษาไทย (ต่อ)

สำรอก (ต่อ)			
ลำดับที่	ชื่อ - สกุล		โรงเรียน
๕.	นางสาวจิตาภา	จันทศิริ	มกุฎเมืองราชวิทยาลัย
๖.	นางสาวพิชชาภา	พุทธรักษา	มัธยมตากสินระยอง
๗.	นายปฏิพัฒน์	ปะวะภูโต	ปลวกแดงพิทยาคม
๘.	นางสาวสุนันท์	บุญยิ่งเหลือ	ชำนาญสามัคคีวิทยา
๙.	นางสาวชญาภรณ์	ตาคำนิล	บ้านค่าย
๑๐.	นางสาวพัชรพร	อัมฤทธิ	วังจันทร์วิทยา
๑๑.	นางสาวเปรมสิณี	สีกุดเลาะ	แก่ง "วิทยสถาวร"
๑๒.	นางสาวคณิศร	ดาวประกาย	สุนทรภู่พิทยา
๑๓.	นางสาวธัญญเรศ	อุประเสริฐ	นกระยองวิทยาคม (วัดโชติใต้)
๑๔.	นางสาวอติมา	ผิวนอนดี	นิคมวิทยา
๑๕.	นางสาวพัชมนต์	ม่วงการกิจ	ระยองวิทยาคม
๑๖.	นางสาวภัคกร	ชีวราไชย	ปลวกแดงพิทยาคม
๑๗.	นางสาวญาณิศา	สุขจริต	เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทร์ ระยอง
๑๘.	นางสาวรัฐนันท์	รัตนวิจิตร	มัธยมตากสินระยอง
๑๙.	นางสาวนันท์นลิน	วงวุฒิ	นกระยองวิทยาคม (วัดโชติใต้)

๒. คณะสหเวชศาสตร์ หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล		โรงเรียน
๑.	นางสาวกัญญาณัฐ	โฉมศิริ	ชำนาญสามัคคีวิทยา
๒.	นางสาวมาติกา	รอดพันธ์	บ้านฉางกาญจนกุลวิทยา
๓.	นางสาวณัฐนิชา	อัปกาญจน์	มาบตาพุดพันพิทยาคาร
๔.	นางสาวพรไพลิน	โพธิสัตย์	ระยองวิทยาคม
สำรอก			
๑.	นางสาวธนภรณ์	ปราณนัทธิ	วังจันทร์วิทยา
๒.	นางสาวพิชญา	มีบุญ	แก่ง "วิทยสถาวร"
๓.	นางสาวอนัญญา	ถนอมรอด	วัดป่าประดู่
๔.	นายกชราศ	คณาวัจ	วัดป่าประดู่
๕.	นางสาวอริสรา	บทสูงเนิน	วังจันทร์วิทยา
๖.	นางสาวจิราภา	ก้อนทอง	ปลวกแดงพิทยาคม
๗.	นางสาวธัญญนันท์	วิริยวัชรนนท์	ปลวกแดงพิทยาคม
๘.	นางสาวอรปรียา	นววิภาพันธ์	เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทร์ ระยอง
๙.	นายณัฐกร	ขาวใหญ่	อัสสัมชัญระยอง
๑๐.	นางสาวอรจิรา	สุขใจเจริญพร	มัธยมตากสินระยอง
๑๑.	นางสาวสุดาวรัตน์	อินทร์นอก	ปลวกแดงพิทยาคม
๑๒.	นายสิปปวิชญ์	หิรัญรักษ์	มกุฎเมืองราชวิทยาลัย

หมายเหตุ

๑. ให้ผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษา (ตัวจริง) แจ้งยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษามายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ผ่านทางอีเมล publichealth.paob4@gmail.com ภายในวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๗ ก่อนเวลา ๑๒.๐๐ น. เพื่อยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา โดยสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษาได้จากรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ หากผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษาไม่แจ้งยืนยัน ความประสงค์รับทุนการศึกษา ภายในวันและเวลาที่กำหนดจะถือว่า สละสิทธิ
๒. กำหนดวันลงพื้นที่ตรวจสอบบ้านของผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษา (ตัวจริง) ในวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๖.๐๐ น. เป็นต้นไป หากพบว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามที่ผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษา ให้ไว้ หรือตรวจพบว่าผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษาไม่ได้มีความสนใจศึกษาในคณะ หลักสูตร และสาขาวิชาที่ได้รับทุนจริง หรือพบเหตุขัดข้องใดๆ ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยองจะถือว่าทุจริต และจะถูก ตัดสิทธิในการเป็นผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษา

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายปิยะ ปิตุเตชะ)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

แบบยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุข
ในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗
คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรภาษาไทย มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อ - สกุล ของผู้มีสิทธิได้รับทุนฯ (นาย/นางสาว).....
วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
โรงเรียน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดระยอง.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ของผู้มีสิทธิได้รับทุนฯ.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ของผู้ปกครอง..... เกี่ยวข้องเป็น.....

- ☐ ประสงค์รับทุนการศึกษาฯ
☐ ไม่ประสงค์รับทุนการศึกษาฯ เนื่องจาก.....

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

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

หมายเหตุ

เมื่อกรอกแบบยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุข
ในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปีการศึกษา
๒๕๖๗ แล้วเสร็จ ขอความกรุณาส่งไฟล์มาที่ E - mail : Carefortheelderly.pao.ry@gmail.com ภายในวันที่ ๑๕ มกราคม
๒๕๖๗ ก่อนเวลา ๑๒.๐๐ น. (หากเกินจากวันและเวลาที่กำหนด จะถือว่า **สละสิทธิ์**) หากมีข้อสงสัยหรือข้อซักถาม
สามารถติดต่อได้ที่ ๐ ๓๘๖๑ ๗๔๓๐ ต่อ ๒๑๐ งานฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุ ฝ่ายบริการทางการแพทย์ กองสาธารณสุข

แบบยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุข
ในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗
คณะสหเวชศาสตร์ หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อ - สกุล ของผู้มีสิทธิได้รับทุนฯ (นาย/นางสาว).....
วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
โรงเรียน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดระยอง.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ของผู้มีสิทธิได้รับทุนฯ.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ของผู้ปกครอง..... เกี่ยวข้องเป็น.....

- ☐ ประสงค์รับทุนการศึกษาฯ
- ☐ ไม่ประสงค์รับทุนการศึกษาฯ เนื่องจาก.....

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

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

หมายเหตุ

เมื่อกรอกแบบยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุข
ในความร่วมมือ ระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปีการศึกษา
๒๕๖๗ แล้วเสร็จ ขอความกรุณาส่งไฟล์มาที่ E - mail : Carefortheelderly.pao.ry@gmail.com ภายในวันที่ ๑๕ มกราคม
๒๕๖๗ ก่อนเวลา ๑๒.๐๐ น. (หากเกินจากวันและเวลาที่กำหนด จะถือว่า **สละสิทธิ์**) หากมีข้อสงสัยหรือข้อซักถาม
สามารถติดต่อได้ที่ ๐ ๓๘๖๑ ๗๔๓๐ ต่อ ๒๑๐ งานฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุ ฝ่ายบริการทางการแพทย์ กองสาธารณสุข