



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุข
ในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

ตามที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง โดยความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ได้จัดทำโครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุข ในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ เพื่อสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุขให้กับนักเรียนในจังหวัดระยอง ตลอดหลักสูตร จำนวนทั้งสิ้น ๘ ทุน เป็นเงินจำนวนทั้งสิ้น ๒,๒๔๐,๐๐๐.- บาท (สองล้านสองแสนสี่หมื่นบาทถ้วน) ประกอบด้วย คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรภาษาไทย จำนวน ๕ ทุน เป็นเงินจำนวน ๑,๔๐๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งล้านสี่แสนบาทถ้วน) และคณะสหเวชศาสตร์ หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชา กายภาพบำบัด จำนวน ๓ ทุน เป็นเงินจำนวน ๘๔๐,๐๐๐.- บาท (แปดแสนสี่หมื่นบาทถ้วน) โดยกำหนดให้มีการสอบสัมภาษณ์ผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษาตามโครงการฯ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๗ และลงพื้นที่ ตรวจสอบบ้านของผู้ที่อาจมีสิทธิได้รับทุนการศึกษาตามโครงการฯ เมื่อวันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๘ นั้น

บัดนี้ ผลการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษาตามโครงการฯ ได้เสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง จึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษาตามโครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุขในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรภาษาไทย

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล		โรงเรียน
๑.	นางสาวกัลยรักษ์	เกตกיתהะ	วัดป่าประดู่
๒.	นางสาวพิชญภา	ขันดี	สุนทรภู่พิทยา
๓.	นางสาวสุกัญญา	ขันทอง	มาบตาพุดพันพิทยาการ
๔.	นางสาววิมลนันท์	มันประสิทธิ์	มัธยมตากสินระยอง
๕.	นางสาวชนกานต์	ศรีสุข	วัดป่าประดู่
สำรอง			
๑.	นางสาวพชร	น้ำเพชร	มัธยมตากสินระยอง
๒.	นางสาวสุไมพร	แก่นบุบผา	สุนทรภู่พิทยา
๓.	นางสาวกัญญาดา	ทรายแก้ว	วัดป่าประดู่
๔.	นางสาวกฤดาณัฐ	คงประเวช	วังจันทร์วิทยา
๕.	นางสาวกัญญาภัก	รุ่งเรือง	วัดป่าประดู่
๖.	นางสาวศุภรดา	วงศ์อยู่	สุนทรภู่พิทยา

๑. คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรภาษาไทย (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	โรงเรียน
สำรอง (ต่อ)		
๗.	นางสาวศุภมาศ ปะสิงชอบ	ชำนาญสามัคคีวิทยา
๘.	นางสาวศรุตยา วงศ์อยู่	สุนทรภู่พิทยา
๙.	นางสาวภัทราพร ดวงนิล	มาบตาพุดพันพิทยาคาร
๑๐.	นางสาวสุรัสวดี รัตน์ะ	ชำนาญสามัคคีวิทยา
๑๑.	นายณัฐภาส เกตุแจ้	บ้านค่าย

๒. คณะสหเวชศาสตร์ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	โรงเรียน
๑.	นางสาวลลนา จารุสารคุณกุล	วัดป่าประดู่
๒.	นางสาวเจนจิรา ดวงจันทร์	บ้านฉางกาญจนกุลวิทยา
๓.	นางสาวณัฐนิชา ปะสิงชอบ	วัดป่าประดู่
สำรอง		
๑.	นางสาวอมรรัตน์ สร้อยศักดิ์นารี	มกุฏเมืองราชวิทยาลัย
๒.	นางสาววรพิชชา แสงศรี	เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทร์ ระยอง
๓.	นางสาวนฤกร รัตนวิจิตร	แก่ง "วิทย์สถาวร"
๔.	นางสาววิภาวี เสาร์ทอง	สุนทรภู่พิทยา
๕.	นางสาวณัฐนิชา พฤกษา	เพ็รภิษมาตาวิทยา
๖.	นางสาวเบญญาภา เกิดมณี	วัดป่าประดู่
๗.	นางสาวพรนัชชา บุญยอด	วัดป่าประดู่

หมายเหตุ

ให้ผู้มีสิทธิ์ได้รับทุนการศึกษา (ตัวจริง) **แจ้งยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา**มายัง **องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง** โดยจัดส่งไฟล์ PDF มาที่ E-mail : carefortheelderly.pao.ry@gmail.com ภายในวันที่ **๘ มกราคม ๒๕๖๘** ก่อนเวลา **๑๒.๐๐ น.** เพื่อยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา โดยสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา ได้จากรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ หากผู้มีสิทธิ์ได้รับทุนการศึกษาไม่แจ้งยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา ภายในวันและเวลาที่กำหนดจะถือว่า **สละสิทธิ์**

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ **๖** มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายสุรินทร์ แสงทอง)

ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ปฏิบัติหน้าที่
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

แบบยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุข
ในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘
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
ในความร่วมมือ ระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปีการศึกษา
๒๕๖๘ แล้วเสร็จ โดยจัดส่งไฟล์ PDF เพื่อยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษาฯ ขอความกรุณาส่งไฟล์มาที่ E - mail :
carefortheelderly.pao.ry@gmail.com ภายในวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๘ ก่อนเวลา ๑๒.๐๐ น. (หากเกินจากวันและเวลา
ที่กำหนด จะถือว่า **สละสิทธิ์**) หากมีข้อสงสัยหรือข้อซักถามสามารถติดต่อได้ที่ ๐ ๓๘๖๑ ๗๔๓๐ ต่อ ๒๑๐ งานฟื้นฟู
และดูแลผู้สูงอายุ ฝ่ายบริการทางการแพทย์ กองสาธารณสุข

แบบยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุข
ในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘
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
๒๕๖๘ แล้วเสร็จ โดยจัดส่งไฟล์ PDF เพื่อยืนยันความประสงค์รับทุนการศึกษาฯ ขอความกรุณาส่งไฟล์มาที่ E - mail :
carefortheelderly.pao.ry@gmail.com ภายในวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๘ ก่อนเวลา ๑๒.๐๐ น. (หากเกินจากวันและเวลา
ที่กำหนด จะถือว่า **สละสิทธิ์**) หากมีข้อสงสัยหรือข้อซักถามสามารถติดต่อได้ที่ ๐ ๓๘๖๑ ๗๔๓๐ ต่อ ๒๑๐ งานฟื้นฟู
และดูแลผู้สูงอายุ ฝ่ายบริการทางการแพทย์ กองสาธารณสุข