



ใบสมัครโครงการทุนช่วยเหลือนักเรียนระดับบัณฑิตศึกษา
ที่มีความบกพร่องทางร่างกาย

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

รหัสนักศึกษา [] [] [] [] [] [] [] [] / [] [] [] [] ระดับการศึกษา ปริญญา โท เอก

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

โทรศัพท์..... E-mail:.....

อยู่ในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ หรือคาดว่าจะทำวิทยานิพนธ์ในหัวข้อเรื่อง

.....
.....

นักศึกษามีความบกพร่องทางร่างกาย

- 1. พิกัดทางการมองเห็น
- 2. พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- 3. พิกัดทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย
- 4. พิกัดทางจิตใจ หรือพฤติกรรม หรือออทิสติก
- 5. พิกัดทางสติปัญญา
- 6. พิกัดทางการเรียนรู้

ประวัติการรับทุน

- ได้รับทุนจากแหล่งทุนอื่น
- ไม่เคยได้รับทุนจากแหล่งทุนอื่น

ชื่อทุนที่ได้รับ	ช่วงเวลาที่ได้รับทุน	มูลค่าทุน

เหตุผลและความจำเป็นในการขอรับทุนฯ

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

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

เอกสารประกอบการยื่นใบสมัคร

(.....)

- สำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษา
- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี)
- สำเนาใบรายงานผลการเรียน (Grade Report)

นักศึกษาผู้สมัครขอรับทุน
วันที่

ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

ความเห็นของประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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