



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชบุรี
เลขที่รับ <u>๗๕๗</u>
วันที่ <u>15</u> มิถุนายน 2563
เวลา <u>๙.๓๗</u>

## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สถาบันพระบรมราชชนก กองกิจการนักศึกษาและกิจการพิเศษ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๑๘๒๒

ที่ สธ ๑๑๐๒/ว ๑๕๓๔ วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง การมอบทุนการศึกษา "ทุนสมเด็จพระเจ้า ๙๐" ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ตามหนังสือ มูลนิธิกองทุนการกุศลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี กส.๐๑๐๒/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๓ แจ้งเรื่องการมอบทุน "ทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า ๙๐" ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ คณะกรรมการบริหารมูลนิธิฯ ได้มีมติอนุมัติให้ทุน "ทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า ๙๐" แก่นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน ๓๐ แห่ง ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ จำนวน ๖๐๐ ทุน ทุนละ ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ทุนใหม่ ๒๑๐ ทุน สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ ๑ (วิทยาลัยละ ๗ ทุน)
๒. ทุนต่อเนื่อง ๓๙๐ ทุน สำหรับ
  - นักศึกษาชั้นปีที่ ๒ ๑๕๐ ทุน (วิทยาลัยละ ๕ ทุน)
  - นักศึกษาชั้นปีที่ ๓ ๑๒๐ ทุน (วิทยาลัยละ ๔ ทุน)
  - นักศึกษาชั้นปีที่ ๔ ๑๒๐ ทุน (วิทยาลัยละ ๔ ทุน)

สถาบันพระบรมราชชนก ขอให้วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกดำเนินการพิจารณาคัดเลือกนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลเพื่อรับทุน "ทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า ๙๐" ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ ตามหลักเกณฑ์การให้ทุน "ทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า ๙๐" ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ (เอกสารแนบ ๑) เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วกรุณาส่งแบบฟอร์มตามเอกสารแนบซึ่งกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วเป็นไฟล์ word หรือ excel ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Cream\_Mio@hotmail.com ภายในวันศุกร์ที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

พร้อม ผู้อำนวยการ

สถาบันพระบรมราชชนก

รศ.ดร.กมลทิพย์ คำเขื่อนแก้ว

คณบดีวิทยาลัยพยาบาลในสังกัด

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

๒๕๖๓ ส่งมาในอันศุกร์ที่ 14 สิงหาคม ๒๕๖๓

น.ส. - น.ส. - น.ส. /

(นายสมชาย ธรรมสารโสภณ)  หัวหน้าการควบคุม

รักษาการในตำแหน่งอธิการบดี  อธิการบดี

สถาบันพระบรมราชชนก

นางสาวจิราพร วรวงศ์  
 หัวหน้างาน  
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชบุรี

(นางสาวจิราพร วรวงศ์)  
 ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชบุรี

## หลักเกณฑ์การให้ทุน “ทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า ๙๐” ปีการศึกษา ๒๕๖๓

### ๑. ลักษณะทุน

๑. เป็นเงินทุนเพื่อส่งเสริมการศึกษาด้านการพยาบาล ให้กับนักศึกษาตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาในปีแรก และต่อเนื่องไปทุกปีจนจบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (๔ ปี) ของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
๒. มูลค่าทุนละ ๑๐,๐๐๐ บาท

### ๒. คุณสมบัติขอรับทุน ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

#### ๒.๑ ผู้ขอรับทุนใหม่

- ๒.๑.๑ กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ ๑ ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (๔ ปี)
- ๒.๑.๒ มีสติปัญญาดี โดยมีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเกณฑ์ดี
- ๒.๑.๓ มีความประพฤติดีและมีความขยันหมั่นเพียรในการเรียน
- ๒.๑.๔ ขาดแคลนทุนทรัพย์

ให้วิทยาลัยพยาบาลพิจารณาคัดเลือกนักศึกษาชั้นปีที่ ๑ ตามคุณสมบัติที่ระบุ วิทยาลัยละ ๗ ทุน และให้ผู้ได้รับคัดเลือกกรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มเสนอชื่อผู้สมควรได้รับทุน “ทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า ๙๐” ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ (เอกสารแนบ ๒) และวิทยาลัยแจ้งชื่อ-นามสกุลในแบบฟอร์มรายชื่อนักศึกษา ผู้ที่ได้รับทุน “ทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า ๙๐” (เอกสารแนบ ๓)

#### ๒.๒ ผู้รับทุนต่อเนื่อง

๒.๒.๑ กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ ๒ - ๔ โดยเป็นผู้รับทุนต่อเนื่องจากปีการศึกษา ๒๕๖๒ ที่มีผลการเรียน (เกรดเฉลี่ยล่าสุด) ในปีการศึกษา ๒๕๖๒ อยู่ในเกณฑ์ดี

๒.๒.๒ มีความประพฤติดีและมีความขยันหมั่นเพียรในการเรียน

ผู้รับทุนต่อเนื่องไม่ต้องกรอกใบสมัครขอรับทุนใหม่ แต่ให้วิทยาลัยแจ้งชื่อ - นามสกุล ผลการเรียน (เกรดเฉลี่ยล่าสุด) และความประพฤติของนักศึกษาผู้รับทุน ๓ ทุกคน ตามแบบฟอร์มรายชื่อนักศึกษา ผู้ที่ได้รับทุน “ทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า ๙๐” (เอกสารแนบ ๓) โดยเป็น

นักศึกษาชั้นปีที่ ๒ จำนวน ๕ ทุน

นักศึกษาชั้นปีที่ ๓ จำนวน ๔ ทุน

นักศึกษาชั้นปีที่ ๔ จำนวน ๔ ทุน

**หมายเหตุ** ถ้าผู้รับทุนต่อเนื่อง ขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ให้วิทยาลัยคัดเลือกนักศึกษาผู้รับทุนรายใหม่ได้ โดยให้ทำหนังสือแจ้งมายังกองกิจการนักศึกษาและกิจการพิเศษ พร้อมทั้งระบุเหตุผล

แบบฟอร์มเสนอชื่อผู้สมควรได้รับทุน “ทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า ๙๐” ปีการศึกษา ๒๕๖๓

วิทยาลัยพยาบาล.....

\*\*\*\*\*

๑. ผู้สมควรได้รับทุนการศึกษา ชื่อ..... นามสกุล.....
๒. เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต กำลังศึกษาชั้นปีที่.....  
เริ่มเข้าศึกษาเมื่อวันที่..... เมื่อสำเร็จการศึกษาต้องกลับไปปฏิบัติงานในสังกัด  
ของ..... จังหวัด.....
๓. ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด.....
๔. ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย.....
๕. วิทยาลัยพยาบาลพิจารณาเห็นว่า นักศึกษามีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะได้รับทุนการศึกษา ดังนี้
  - ๕.๑ คุณสมบัติด้านการเรียน.....  
.....
  - ๕.๒ คุณสมบัติด้านความประพฤติ.....  
.....
  - ๕.๓ ความจำเป็นในการขอรับทุนการศึกษา.....  
.....
  - ๕.๔ คุณสมบัติเด่น อื่นๆ.....  
.....
๖. วิทยาลัยพยาบาลจะเอาใจใส่ ดูแล ผู้รับทุนให้ตั้งใจศึกษา และประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันดีงาม  
ตลอดระยะเวลาการศึกษา และจะรายงานผลการศึกษา ความประพฤติ ให้มูลนิธิทราบทุกชั้นปี

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยฯ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ชั้นปี	ชื่อ - สกุล	เบอร์โทรศัพท์	E-mail	ปีการศึกษาที่เริ่มรับทุน				ความประพฤติ	เกรดเฉลี่ย ปีการศึกษา ๒๕๖๒
				๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓		
๔	๑.								
	๒.								
	๓.								
	๔.								

**หมายเหตุ** ให้วิทยาลัยพยาบาลแจ้งชื่อ - นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ E-mail ความประพฤติ และเกรดเฉลี่ยปีการศึกษา ๒๕๖๒ ของผู้ที่ขอรับทุนใหม่และ ผู้ที่ได้รับทุนฯ ต่อเนื่อง ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓

## แบบฟอร์มรายชื่อผู้รับทุนที่สำเร็จการศึกษา ๒๕๖๒

ชื่อ - สกุล	เกรดเฉลี่ยสะสม ตลอดหลักสูตร	ความประพฤติ	สถานที่ปฏิบัติงาน

**หมายเหตุ** ให้วิทยาลัยพยาบาลแจ้งรายชื่อ - นามสกุล เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร ความประพฤติ และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้ได้รับทุนที่สำเร็จการศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒