



ที่ ศก ๕๑๐๐๘/ว

องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
๓๕๐ หมู่ที่ ๓ ต.หนองไผ่ อ.เมืองฯ
จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๐๐๐

สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง โครงการทุนการศึกษาสำหรับเด็กนักเรียน นักศึกษา และผู้ด้อยโอกาส องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
ปีการศึกษา ๒๕๖๐ สาขาแพทยศาสตร์และทันตแพทยศาสตร์

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนที่จัดการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ เรื่อง รับสมัครทุนการศึกษา จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบรายงานการขอรับทุนการศึกษาตามโครงการฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบสมัครโครงการทุนการศึกษาสำหรับเด็กนักเรียน นักศึกษา และผู้ด้อยโอกาส องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ได้จัดทำโครงการทุนการศึกษาสำหรับเด็กนักเรียน นักศึกษา และผู้ด้อยโอกาส องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ ขึ้น โดยกำหนดให้ทุนการศึกษาในหลักสูตร สาขาแพทยศาสตร์และทันตแพทยศาสตร์ จำนวนทั้งสิ้น ๓ ทุน

องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ จึงขอให้โรงเรียนได้ประชาสัมพันธ์โครงการดังกล่าวให้นักเรียนทราบ รายละเอียดเพิ่มเติมตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวศิริลักษณ์ ตรีวิทย์

นางสาวศิริลักษณ์ ตรีวิทย์
นางสาวศิริลักษณ์ ตรีวิทย์

นางสาวศิริลักษณ์ ตรีวิทย์



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
เรื่อง รับสมัครทุนการศึกษาสำหรับเด็กนักเรียน นักศึกษา และผู้ด้อยโอกาส
องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐
สาขาแพทยศาสตร์ และทันตแพทยศาสตร์

องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ได้จัดทำโครงการทุนการศึกษาสำหรับเด็กนักเรียน นักศึกษาและผู้ด้อยโอกาส ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐ โดยได้จัดสรรทุนสำหรับนักเรียน นักศึกษาเพื่อเข้าศึกษาต่อ ในหลักสูตรแพทยศาสตร์ และทันตแพทยศาสตร์ จำนวน ๓ ทุน และเป็นผู้ที่สอบการคัดเลือกเข้าเรียนในสถาบัน ต่างๆ ของรัฐ โดยให้ยื่นคำขอรับทุนการศึกษาจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

คุณสมบัติของผู้สมัครเพื่อคัดเลือก

๑. คุณสมบัติด้านความรู้

- ๑.๑ เป็นผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ และมีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมไม่ต่ำกว่า ๓.๐๐
- ๑.๒ ผู้ได้รับทุนการศึกษาต้องเป็นนักเรียนที่สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนในท้องถิ่นจังหวัดศรีสะเกษ

๒. คุณสมบัติด้านคุณลักษณะ/หลักเกณฑ์ในการขอรับทุน

- ๒.๑ มีความประพฤติดี สุขภาพทางกายและจิตดี
- ๒.๒ มีร่างกายแข็งแรงไม่เป็นโรคต่อไปนี้ คือ โรคเรื้อน วัณโรคระยะอันตราย โรคเท้าช้างในระยะ ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม ดิยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง และโรคพิษสุราเรื้อรัง
- ๒.๓ ไม่มีประวัติเป็นโรคจิต หรือโรคประสาท
- ๒.๔ มีภูมิลำเนาเป็นหลักแหล่ง โดยมีสำเนาทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้านหรือหลักฐานที่ทางราชการจัดทำ ในลักษณะเดียวกันมาแสดง
- ๒.๕ มีความเคารพเลื่อมใส ศรัทธาต่อสถาบันชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ด้วยความบริสุทธิ์ใจ
- ๒.๖ มีเจตคติที่ดีต่อการปกครองระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข
- ๒.๗ ผู้ได้รับทุนการศึกษาต้องเป็นผู้มีฐานะยากจน หรือด้อยโอกาส โดยผ่านความเห็นชอบของประชาคม ท้องถิ่น
- ๒.๘ ผู้ขอรับทุนต้องมีอายุไม่เกิน ๒๕ ปี บริบูรณ์นับจนถึงวันรับสมัคร และยังไม่มีการประจำ
- ๒.๙ เป็นผู้สอบผ่านการคัดเลือกเข้าเรียนสถาบันการศึกษาต่างๆของรัฐ หลักสูตรสูงกว่า การศึกษาชั้น พื้นฐานหรือเทียบเท่า แต่ต้องไม่สูงกว่าปริญญาตรี

๒.๑๐ ค่าใช้จ่ายสำหรับทุนการศึกษา ให้เบิกจ่ายเฉพาะค่าเล่าเรียนหรือค่าธรรมเนียมการศึกษา หรือค่า บำรุง หรือค่าหน่วยกิต ตามอัตราที่สถาบันการศึกษากำหนด เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินปีละ ๓๓,๐๐๐ บาท ส่วน ค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น นักศึกษาต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

๒.๑๑ ทุนการศึกษาขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ เป็นแบบให้เปล่าไม่มีข้อผูกพันใดๆ แก่ผู้รับ ทุนจนสำเร็จปริญญาตรี ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามระยะเวลาที่หลักสูตรของแต่ละสถาบันการศึกษา กำหนด หากเกินจากนี้ ผู้รับทุนจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

๒.๑๒ ผู้รับทุนการศึกษาจะต้องไม่เป็นผู้ที่ได้ทุนการศึกษาอื่นใด และไม่เข้าโครงการเงินกู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ) หรือโครงการเงินกู้ยืมเพื่อการศึกษาที่ผูกกับรายได้ในอนาคต (กรอ.)

๓. การรับสมัคร

นักเรียนที่มีคุณสมบัติดังกล่าวสามารถสมัครเข้าร่วมโครงการต้องเป็นนักเรียนโรงเรียนในสังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

๔. หลักฐานประกอบการสมัคร

๔.๑ ใบสมัครตามแบบฟอร์มขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

๔.๒ สำเนาใบแสดงผลการเรียนที่สำเร็จการศึกษา พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๔.๓ รูปถ่ายปัจจุบันหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป (ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)

๔.๔ สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๔.๕ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๕. เกณฑ์การคัดเลือก

๕.๑ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๖ หรือกำลังเรียนอยู่ในภาคเรียนสุดท้ายใน ระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๖ มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม ๒.๕๐ ขึ้นไป

๕.๒ เป็นผู้สอบผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาของรัฐ ในสาขาแพทยศาสตร์ และทันตแพทยศาสตร์

๖. วิธีการให้ทุน

๖.๑ ผู้ได้รับทุนจะได้รับเงินทุนการศึกษา จำนวน ๓๓,๐๐๐.- บาท/ปี/คน เพื่อจ่ายเป็นค่าเล่าเรียน ค่าธรรมเนียมการศึกษา ค่าบำรุง ค่าหน่วยกิต ตามอัตราที่สถาบันการศึกษากำหนด และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตามความจำเป็น

๖.๒ ผู้ได้รับทุนการศึกษาต้องเป็นผู้มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

๖.๓ ผู้ที่ได้รับทุนจะต้องมีผลการเรียนระหว่างศึกษาในมหาวิทยาลัยฯ เฉลี่ยสะสมทุกปีไม่ต่ำกว่า ๒.๕๐ หากภาคเรียนใดมีผลการเรียนต่ำกว่า ๒.๕๐ ก็จะไม่ได้รับทุนการศึกษาทันที

๖.๔ ผู้ที่ได้รับทุนการศึกษาต้องรายงานผลการเรียนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษรับทราบ ทุกภาคเรียน

๖.๖ ผู้ได้รับทุนการศึกษา หากไม่สามารถทำตามเงื่อนไขดังกล่าวข้างต้นได้ ผู้ให้ทุนการศึกษาจะ พิจารณางดให้ทุนการศึกษาแก่ผู้ได้รับทุน ถึงแม้ว่าผู้ได้รับทุนจะมีคุณสมบัติอื่นๆ ครบถ้วน จะเป็นผู้ได้รับทุนการศึกษาในภาคเรียนต่อไปก็ตาม อีกทั้งผู้ให้ทุนการศึกษามีอำนาจที่จะ เรียกทุกคืนจากผู้ได้รับทุนการศึกษาได้

๗. ประกาศผลการคัดเลือก

องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับทุนที่ผ่านการพิจารณาคัดเลือกจาก
องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

๘. การทำสัญญา

ผู้ผ่านการคัดเลือก ต้องมาทำสัญญากับองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

๙. การรายงานตัว

ผู้ผ่านการคัดเลือก ต้องมารายงานตัวที่องค์การบริหารส่วนศรีสะเกษ

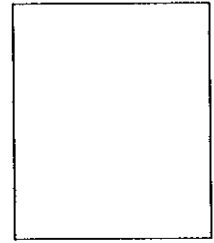
ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐



นายอภิศักดิ์ นนงิณ

รองนายก อบจ.ศรีสะเกษ
นายก อบจ.ศรีสะเกษ

ใบสมัครโครงการทุนการศึกษาสำหรับเด็กนักเรียน นักศึกษา และผู้ด้อยโอกาส
องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ



1. ชื่อผู้สมัคร () นาย () นางสาว.....นามสกุล
2. กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
3. ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมทุกรายวิชา (GPAX) 5 ภาคเรียน.....
4. ที่อยู่ปัจจุบัน (ภูมิลำเนาเดิม) บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด โทรศัพท์
5. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด โทรศัพท์
6. นับถือศาสนา พุทธ อิสลาม คริสต์ อื่น ๆ (ระบุ).....
7. บิดา ชื่อ สกุล อายุ.....ปี
อาชีพ ที่ทำงาน
โทรศัพท์ รายได้.....บาท/เดือน
8. มารดา ชื่อ สกุล อายุ.....ปี
อาชีพ ที่ทำงาน
โทรศัพท์ รายได้.....บาท/เดือน
9. บิดา มารดา อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ด้วยความจำเป็นด้านอาชีพ
 หย่าขาดจากกัน แยกกันอยู่ด้วยสาเหตุอื่น ๆ
10. บิดามารดามีที่ดินสำหรับทำกสิกรรม เป็นของตนเอง จำนวนไร่
 เช่าผู้อื่นอัตราค่าเช่า.....บาท/เดือน
11. ที่อยู่อาศัยปัจจุบันของบิดา มารดา เป็นของตนเอง
 บ้านเช่า อัตราค่าเช่าเดือนละ บาท
 อาศัยผู้อื่น (ระบุ)
12. ผู้อุปการะ (ถ้าเป็นบิดามารดาไม่ต้องกรอกข้อมูล)
ชื่อ สกุล อายุ.....ปี
เกี่ยวข้องกับผู้สมัครเป็น มีครอบครัว มีบุตร.....คน โสด
อาชีพ สถานที่ทำงาน
โทรศัพท์ รายได้.....บาท/เดือน
13. ผู้สมัครเป็นบุตรคนที่ จำนวนพี่น้องที่ยังมีชีวิตอยู่ (รวมตัวเองด้วย) คน
ชาย คน หญิง คน จำนวนพี่น้องที่กำลังศึกษาอยู่ (รวมตัวเองด้วย)..... คน

โปรดระบุเกี่ยวกับพี่น้องของท่าน รวมทั้งท่านเองตามลำดับในตารางนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ระดับการศึกษา ที่สำเร็จหรือกำลังศึกษา อยู่ในระดับ	อาชีพ/ รายได้	สถานภาพ สมรส/โสด	จำนวนบุตร (คน)

14. มีความประสงค์สมัครคัดเลือกทุนการศึกษา

สาขาแพทยศาสตร์ สาขาทันตแพทยศาสตร์

พร้อมนี้ได้แนบเอกสารประกอบการสมัคร ดังนี้

14.1

14.2

14.3

14.4

14.5

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

ได้ตรวจสอบใบสมัครถูกต้องแล้ว

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

วันที่ เดือน พ.ศ.