



รหัสผู้สมัครรับทุน _____ (จนท.กรอก)

มูลนิธิคุณเมตตา ธนาคารกรุง "ทุนมูลนิธิคุณเมตตา ธนาคารกรุง"

กรอกข้อความลงในช่องว่าง...และ/หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่อยู่ข้างหน้าข้อความตามความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ หากพบว่าข้อมูลดังกล่าวไม่เป็นความจริง มูลนิธิมีสิทธิ์ระงับทุนนั้นๆทันที (ผู้สมัครทุน จะต้องกรอกด้วยตัวเองทั้งหมดเท่าที่กรอกได้)

รูป 1 นิ้ว

1. ข้อมูลผู้รับทุน

- 1.1 ชื่อ (ค.ญ./ค.ช./นาย/นางสาว).....นามสกุล.....
วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี ศาสนา.....เบอร์มือถือ.....
ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....หมู่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ลักษณะของบ้าน ☐ บ้านของตนเอง ☐ บ้านเช่า ☐ บ้านของญาติหรือผู้ปกครอง
สถานศึกษาปัจจุบัน.....ชั้นปี.....ที่ตั้ง.....
.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
เป็นสถานศึกษา ☐ รัฐบาล ☐ เอกชน

1.2 ระดับผลการเรียน

- ประถมศึกษาปีที่.....เกรดเฉลี่ย.....มัธยมศึกษาปีที่.....เกรดเฉลี่ย.....
ป.ว.ช.ปีที่.....เกรดเฉลี่ย.....ป.ว.ส.ปีที่.....เกรดเฉลี่ย.....
ปริญญาตรีปีที่.....เกรดเฉลี่ย.....

1.3 สุขภาพของผู้รับทุน

- ☐ สมบูรณ์แข็งแรง ☐ มีโรคประจำตัวคือ..... ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.4 ผู้รับทุนมีพี่น้อง.....คน (รวมผู้รับทุนด้วย)

2. สถานภาพครอบครัวและผู้อุปการะเลี้ยงดู

2.1 สถานภาพครอบครัวของผู้รับทุน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ผู้รับทุนอาศัยอยู่กับบิดา-มารดา ☐ ผู้รับทุนอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงท่านเดียว
☐ ผู้รับทุนอาศัยอยู่กับผู้อื่น โปรดระบุ.....

2.2 บิดาของผู้รับทุน

- ☐ ยังมีชีวิต ☐ เสียชีวิต

สุขภาพของบิดา ☐ สมบูรณ์แข็งแรง ☐ ป่วย..... ☐ ทูพพลภาพ.....
ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....รายได้รวมต่อเดือน.....บาท

2.3 มารดาของผู้รับทุน

- ☐ ยังมีชีวิต ☐ เสียชีวิต

สุขภาพของมารดา ☐ สมบูรณ์แข็งแรง ☐ ป่วย..... ☐ ทูพพลภาพ.....
ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....รายได้รวมต่อเดือน.....บาท

2.4 ผู้อุปการะ/ผู้ปกครองของผู้รับทุน ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บิดาและมารดา ☐ อื่นๆโปรดระบุ

ในกรณีผู้อุปการะ/ผู้ปกครองของผู้รับทุนเป็นบิดาหรือมารดา ไม่ต้องกรอกข้อมูลข้อ 2.4 ด้านล่างบรรทัดนี้

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....รายได้รวมต่อเดือน.....บาท



สถานภาพครอบครัวผู้พิการ ☐ โสด ☐ สมรส มีบุตร.....คน

สุขภาพของผู้พิการ ☐ สมบูรณ์แข็งแรง ☐ ป่วย..... ☐ ทุกข์ทรมาน.....

จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พิการในปัจจุบัน..... คน

3. ข้อมูลเพิ่มเติม

3.1 เคยได้รับทุนการศึกษา

☐ ไม่เคย ☐ เคย (ระบุทุน).....จำนวน.....บาท

3.2 ภาพถ่ายที่ทักอาศัยปัจจุบันของผู้รับทุนการศึกษา

4. ให้ผู้รับทุนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อต่อไปนี้

4.1 ปัญหาครอบครัวที่ข้าพเจ้าประสบในขณะนี้

.....

.....

.....

.....

.....

4.2 อุปสรรคในการศึกษาต่อในระดับสูงขึ้นของข้าพเจ้าคือ

.....

.....

.....

.....

.....



5. ความคิดเห็นของอาจารย์ประจำชั้น/อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ลงชื่อ..... โทรศัพท์มือถือ.....
ตำแหน่ง..... วันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และหากนักเรียนผ่านการคัดเลือกได้รับทุนการศึกษาจากมูลนิธิคุณแม่จินตนา
ธนาลงกรณ์ ข้าพเจ้าจะสนับสนุนและส่งเสริมให้นักเรียนผู้ขอรับทุนเป็นผู้ที่มีความประพฤติดี มีคุณธรรมและตั้งใจศึกษาเล่าเรียน

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....
ผู้ขอรับทุน

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....
ผู้ปกครอง

ลงชื่อ.....
(โปรดประทับตราโรงเรียน) (.....)
วันที่.....
ครูใหญ่/อาจารย์ใหญ่/ผู้อำนวยการ/คณบดี/อธิการบดี

คณะกรรมการจะพิจารณาใบสมัครต่อเมื่อได้รับเอกสาร "ครบถ้วนและสมบูรณ์" หากไม่ครบถ้วนจะไม่พิจารณาใบสมัครนั้น



หมายเหตุ ในระดับมัธยมศึกษา อุดมศึกษา และเทียบเท่า หากมีเอกสารการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสังคมที่ผ่านมา กรุณาแนบเอกสารประกอบ

[illegible]