



แบบ ม.น.ช. (ข)

**ใบสมัครขอรับทุน ม.น.ช.
มูลนิธิช่วยนักเรียนที่ขาดแคลน ในพระบรมราชินูปถัมภ์
(ผู้สมัครเขียนใบสมัครด้วยลายมือตัวบรรจงให้อ่านง่าย)**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกรรมการบริหารมูลนิธิฯ

ข้าพเจ้า นาย / นางสาว.....

1. เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

2. เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

3. ภูมิลำเนาบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

4. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

5. ชื่อเจ้าของบ้าน.....เกี่ยวข้องกับ.....

6. ประเภทที่พักอาศัย (เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องหน้าข้อความ)

() บ้านบิดามารดา () บ้านผู้ปกครอง

() บ้านญาติ () บ้านเพื่อน

() บ้านหรือห้องเช่ารวมกันผู้อื่น () วัด ชื่อ.....

() หอพัก ชื่อหอพัก..... () อื่น ๆ

7. ชื่อและชื่อสกุลของบิดา..... อายุ..... ปี
อาชีพ..... สถานที่ทำงาน.....
โทรศัพท์..... รายได้เดือนละ.....บาท หรือปีละ.....บาท
8. ชื่อและชื่อสกุลของมารดา..... อายุ..... ปี
อาชีพ..... สถานที่ทำงาน.....
โทรศัพท์..... รายได้เดือนละ.....บาท หรือปีละ.....บาท
9. ฐานะการสมรสของบิดา มารดา (เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องหน้าข้อความ)
- | | |
|---|---------------------------------|
| () อยู่ด้วยกัน | () หย่าขาดจากกัน |
| () บิดาถึงแก่กรรม | () มารดาถึงแก่กรรม |
| () แยกกันเพราะความจำเป็นเกี่ยวกับอาชีพ | () แยกกันอยู่เพราะเหตุอื่น |
10. ชื่อและชื่อสกุลของผู้ปกครอง..... อายุ..... ปี
อาชีพ..... สถานที่ทำงาน.....
โทรศัพท์..... รายได้เดือนละ.....บาท หรือปีละ.....บาท
ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....
11. ชื่อและชื่อสกุลของผู้ให้ความอุปการะ(ซึ่งไม่ใช่บิดา มารดาและผู้ปกครอง).....
เกี่ยวข้องกับ..... ให้ความอุปการะในด้านการเงิน ที่พักอาศัยเครื่องแต่งตัว
อุปกรณ์การศึกษา หรืออื่น ๆ
12. จำนวนพี่น้อง (รวมผู้สมัครขอรับทุน)คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน
ผู้ขอรับทุนเป็นบุตรคนที่.....
13. จำนวนพี่น้องที่มีรายได้แล้ว.....คน

14. จำนวนพี่น้องที่อยู่ในความอุปการะของบิดา มารดา.....คน
 - 14.1 จำนวนพี่น้องที่อยู่ในความอุปการะของบิดา.....คน
 - 14.2 จำนวนพี่น้องที่อยู่ในความอุปการะของมารดา.....คน
15. จำนวนพี่น้องกำลังศึกษาอยู่ จำนวน.....คน
 - 15.1 ระดับอุดมศึกษา จำนวน.....คน
 - 15.2 ระดับมัธยมศึกษา จำนวน.....คน
 - 15.3 ระดับประถมศึกษา จำนวน.....คน
16. ค่าใช้จ่ายที่ผู้ขอรับทุนได้รับ เดือนละ.....บาท หรือปีละ.....บาท
 - 16.1 ได้รับจากบิดา มารดา เดือนละ.....บาท หรือปีละ.....บาท
 - 16.2 ได้รับจากผู้ปกครอง เดือนละ.....บาท หรือปีละ.....บาท
 - 16.3 ได้รับจากผู้อุปการะ เดือนละ.....บาท หรือปีละ.....บาท
 - 16.4 ได้รับจากการทำงานพิเศษ เดือนละ.....บาท หรือปีละ.....บาท
 - 16.4.1 ลักษณะของงานพิเศษ.....
17. ทุนการศึกษาที่เคยได้รับมาแล้ว.....
 - 17.1 ปีการศึกษา..... ชื่อทุน..... จำนวน.....บาท
 - 17.2 ปีการศึกษา..... ชื่อทุน..... จำนวน.....บาท
 - 17.3 ปีการศึกษา..... ชื่อทุน..... จำนวน.....บาท
 - 17.4 ปีการศึกษา..... ชื่อทุน..... จำนวน.....บาท
 - 17.5 ปีการศึกษา..... ชื่อทุน..... จำนวน.....บาท
18. มีความประสงค์จะขอรับทุนการศึกษาของมูลนิธิช่วยนักเรียนที่ขาดแคลน ในพระบรมราชินูปถัมภ์
ประจำปีการศึกษา..... เพื่อศึกษาต่อวิชาเอก.....
คณะ.....มหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัย.....



แบบ ม.น.ช. (ค)

หนังสือรับรองของผู้ปกครอง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อาชีพ.....

อยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ได้ทราบระเบียบเกี่ยวกับการรับทุนการศึกษาของมูลนิธิช่วยนักเรียนที่ขาดแคลน ในพระบรมราชินูปถัมภ์ โดย
ตลอดแล้ว ตกลงยินยอมให้.....สมัครรับทุนนี้ และรับรองว่า
ข้อความที่ได้แสดงไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกข้อ และข้าพเจ้าจะพยายามแนะนำกล่าวตักเตือน
ให้.....เป็นผู้มีความขยันหมั่นเพียรประพฤติเรียบร้อย
และตั้งใจเล่าเรียนเต็มความสามารถ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ปกครอง ผู้สมัครขอรับทุน



แบบ ม.น.ช. (ง)

ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจร่างกายของ.....

อยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เห็นแล้วว่า

1. ร่างกาย.....
2. กำลังกาย.....
3. หัวใจ.....
4. ปอด.....
5. โลหิต.....
6. ประสาท.....
7. อื่น ๆ.....

เห็นว่า.....ไม่มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

(ลงชื่อ).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ