



ใบสมัครสอบแข่งขัน
เพื่อรับทุนโครงการพัฒนาอาจารย์
สาขา.....
ระดับปริญญาโท เพื่อศึกษาในประเทศไทย
ปีการศึกษา
(ทุนมหาวิทยาลัยวิจัยลักษณ์)

ภาพถ่าย^{.....}
1" X 1.5"

เลขที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....

(Mr/Mrs/Miss)

ขอรับใบสมัครสอบแข่งขันเพื่อรับทุนโครงการพัฒนาอาจารย์ ระดับปริญญาโท เพื่อศึกษาในประเทศไทย
ของปีการศึกษา..... โดยยื่นใบสมัครในสาขา..... (เลือกได้ 1 สาขาวิชา)

เป็นทุนประเภท

- บุคคลทั่วไปภายนอก หรือบุณฑิตมหาวิทยาลัยลักษณ์
- พยาบาลวิชาชีพ สังกัดศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยลักษณ์
เริ่มปฏิบัติงานเมื่อวันที่.....

สถานภาพ พนักงานประจำ พนักงานสัญญาจ้าง

เริ่มเข้าศึกษาตั้งแต่ภาคการศึกษาที่..... และกำลังศึกษาชั้นปีที่..... ภาคการศึกษา.....

หลักสูตร

- นานาชาติ (อั่นดับแรก) ปกติ

จำนวนภาคการศึกษา..... ภาคการศึกษา/ปี แผนศึกษา..... รายวิชา..... หน่วยกิต

และวิทยานิพนธ์..... หน่วยกิต รวม..... หน่วยกิต คงจะ.....

มหาวิทยาลัย.....

ตามความต้องการของสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวิจัยลักษณ์

อัตราค่าธรรมเนียมการศึกษา..... บาท / 1 ปีการศึกษา ตลอดหลักสูตร รวม..... บาท
ประกอบด้วย.....

ข้าพเจ้าขอแจ้งประวัติส่วนตัว ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน และคุณสมบัติที่ว่าไป ดังนี้

1. ข้าพเจ้าเกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี..... เดือน..... วัน.....
 (นับถึงวันสมัคร) เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
 ภูมิเนาเดิม.....
 สถานภาพ โสด สมรส หย่า สมรส ไม่จดทะเบียนสมรส
2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
3. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 E-mail.....
4. ผู้ใกล้ชิดที่สามารถติดต่อได้สะดวก ชื่อ..... นามสกุล.....
 โทรศัพท์..... E-mail.....
5. ชื่อบิดา นามสกุล..... เชื้อชาติ.....
 สัญชาติ..... ศาสนา..... อารีชีพ..... โทรศัพท์.....
6. ชื่อมารดา นามสกุล..... เชื้อชาติ.....
 สัญชาติ..... ศาสนา..... อารีชีพ..... โทรศัพท์.....
7. ชื่อสามี/ภรรยา นามสกุล..... เชื้อชาติ.....
 สัญชาติ..... ศาสนา..... อารีชีพ..... โทรศัพท์.....

8. การศึกษา (ระบุอย่างชัดเจน)

ระดับการศึกษา	โปรดระบุชื่อ บริษัทฯ และ สาขา วิชาเอก	สำเร็จการศึกษา			กำลังศึกษาชั้นปี		
		สถาบัน	ปีการศึกษา (พ.ศ.)	G.P.A	สถาบัน	เริ่มเข้า ศึกษา - ปี การศึกษา (พ.ศ.)	G.P.A
ประถมศึกษาตอนปลาย							
ปฐมวัย							
อนุบาล							

9. ความรู้ความสามารถด้านภาษาต่างประเทศ

ภาษา	ระดับความรู้ความสามารถ (ให้ระบุว่าใช้ได้ในระดับ ดีมาก ดี พอดี)			ศึกษาโดยวิธี
	เขียน	อ่าน	พูด	

10. ผลงานทางวิชาการหรือกิจกรรมทางการศึกษา ในระหว่างที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี / เอก

ประเภท/รายละเอียดของผลงาน	ระยะเวลา	หน้าที่ความรับผิดชอบ

ชื่อโครงการวิจัย/สารนิพนธ์ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย/สารนิพนธ์

ผลการสอบโครงการวิจัย/สารนิพนธ์.....

11. ผลการทดสอบภาษาอังกฤษ (ส่งหลักฐานพร้อมใบสมัคร)

- TOEFL คะแนนที่สอบได้..... IELTS คะแนนที่สอบได้.....
- อื่นๆ (โปรดระบุ)..... คะแนนที่สอบได้..... เทียบเท่า.....
- ข้อมูล ณ วันที่.....

12. ข้อมูลอื่นๆ

- 12.1 ข้าพเจ้า ไม่เคยได้รับทุนใดมาก่อน
- เคยได้รับทุน..... ศึกษาวิชา.....
 - เป็นระยะเวลา..... ปี..... เดือน..... วัน.....
- ขณะนี้ข้าพเจ้า มีภาระผูกพันในการชดใช้ทุน ไม่มีภาระผูกพันในการชดใช้ทุน
- อยู่ระหว่างการรับทุน
 - ระบุเจ้าของทุน.....

12.2 การร่วมกิจกรรมต่างๆ ของมหาวิทยาลัย ไม่เคย เคย (ระบุ)

.....
.....

12.3 งานอดิเรก คือ

.....
.....

12.4 ความสามารถพิเศษ (เช่น คิลป์การแสดง ดนตรี กีฬา ความสามารถด้านคอมพิวเตอร์ เป็นต้น)

.....
.....

12.5 ความสนใจพิเศษ (เช่น เทหุการณ์ปัจจุบันทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น) พร้อมเหตุผล

.....
.....

12.6 การเป็นสมาชิก สมาคม/สมมิตร/ชมรม ไม่เคย เคย (ระบุ)

.....
.....

12.7 การบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม ไม่เคย เคย (ระบุ)

.....
.....

13. ประวัติการทำงาน

() ยังไม่ได้ทำงาน

() ทำงานอยู่ที่.....

ตำแหน่ง..... สังกัด.....

(กรณีอยู่ระหว่างทำงานขอให้คำรับรองกับมหาวิทยาลัยลักษณ์ว่าข้าพเจ้าได้รับทุนแล้วจะยื่นใบลาออกจาก
ที่ทำงานเดิม เพื่อรับทุนโครงการพัฒนาอาจารย์ ระดับปริญญาโท เพื่อศึกษาในประเทศไทย จะแสดงหลักฐานการ
ลาออก ในภายหลังที่ได้รับทุนตามสัญญาแล้ว)

14. เอกสารประกอบการสมัคร

- ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารต่าง ๆ พร้อมใบสมัคร ดังนี้
- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแหวนตาสีดำ ถ่ายครึ่งเตียงกัน ไม่เกิน 6 เดือน
ขนาด 1" x 1.5 " จำนวน 1 รูป เพื่อติดใบสมัคร
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - สำเนาทะเบียนบ้าน
 - สำเนาปริญญาบัตรและระเบียนแสดงผลการเรียน (Transcript) ระดับปริญญาตรี ที่มีผลการศึกษาตลอดหลักสูตร (G.P.A) ไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ หรือเกียรตินิยมจากมหาวิทยาลัยของรัฐ
 - หนังสือรับรอง (Recommendation) จากอาจารย์ที่ปรึกษา
 - หนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัยว่าเป็นนักศึกษาระดับปริญญาโทสามัญ เรียนเต็มเวลา ในมหาวิทยาลัยของรัฐ
 - หนังสืออนุมัติให้ยื่นสมัครรับทุน เฉพาะผู้สมัครรุ่นปี “พยาบาลวิชาชีพ สังกัดศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยลักษณ์”
 - หนังสือผลการตรวจสุขภาพร่างกาย ตามแบบฟอร์มของมหาวิทยาลัย และ
 - หนังสือการตรวจสุขภาพทางจิตวิทยาจากโรงพยาบาลรัฐ (วิธีทดสอบและประเมินผล)
 - หนังสือรับรองการสอบผ่านโครงการร่างวิทยานิพนธ์
 - หลักสูตร และแผนการศึกษาระดับปริญญาโท หัวข้อวิทยานิพนธ์ (ถ้ามี)
 - ผลทดสอบภาษาอังกฤษ TOEFL (Paper based) ไม่ต่ำกว่า 350 คะแนน หรือผลทดสอบภาษาอังกฤษที่เทียบเท่าเป็นผลสอบที่มีอายุไม่เกิน 2 ปีนับจนถึงวันประกาศรับสมัคร สำหรับการยื่นสมัครรับทุนเท่านั้น
 - ผู้สมัครที่เป็นชาย จะต้องยื่นใบกองเกินทหาร (สต.๘ หรือ สต.๙) อย่างโดยย่างหนึ่ง
 - ข้อบังคับเกี่ยวกับการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

15. ข้าพเจ้ารับรองว่าได้อ่านรายละเอียดในประกาศรับสมัครสอบแข่งขันเพื่อรับทุนโครงการพัฒนาอาจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ระดับปริญญาโท เพื่อศึกษาในประเทศไทย เป็นที่เข้าใจเรียบร้อยแล้ว และได้กรอกข้อมูลตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงนาม.....ผู้สมัคร
(.....)
ยื่นใบสมัครวันที่.....

คำแนะนำจากอาจารย์ที่เคยสอนในระดับอุดมศึกษา

ชื่อผู้สมัคร นามสกุล สมัครรับทุนระดับ
 สาขา ศึกษา ณ คณะ
 มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....

1. ข้าพเจ้ารู้จักผู้สมัคร
 ดีมาก ปานกลาง เล็กน้อย

2. ข้าพเจ้าเคยสอนผู้สมัคร (ระดับการศึกษา/วิชา)
-

3. กรุณาให้ความเห็นเกี่ยวกับผู้สมัคร โดยการเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการ

คุณสมบัติแห่งต่าง ๆ	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ค่อนข้างต่ำ	ตัดสินใจไม่ได้
บุคลิกลักษณะเหมาะสมที่จะเป็น อาจารย์					
ความสามารถทางสติปัญญา					
ความรับผิดชอบต่าง ๆ					
การทำงานร่วมกับผู้อื่น					
คุณธรรมและจริยธรรม					

4. ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมสมกับตำแหน่งอาจารย์
 - ความสามารถในการสอน
-

- ความสามารถในการค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย

- ความสามารถในการเรียนในระดับสูงขึ้น

- ข้อคิดเห็นอื่น

ชื่อผู้ให้คำแนะนำ
ตำแหน่งทางวิชาการ
ตำแหน่งทางบริหาร
สังกัดภาควิชา คณะ
มหาวิทยาลัย/สถาบัน
วันที่ / /

โปรดใส่ช่องปิดผนึกและลงลายมือชื่อกำกับบนแผ่นกตัวย

หนังสือรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการ / อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1. ความเห็นต่อผลการเรียนที่ผ่านมาของนักศึกษา

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

2. หัวข้อ Thesis / Independent Study (Research) / Dissertation

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

3. ความก้าวหน้าของการทำ Thesis / Independent Study (Research) / Dissertation

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

4. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ (ถ้ามี)

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

โปรดใช้ช่องปิดผนึกและลงลายมือชื่อกับบันทึกด้วย



มหาวิทยาลัยวัลลักษณ์
ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่.....
ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....
สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....
บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตร).....
ตรวจเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เป็น | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | ผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ |
| <input type="checkbox"/> ปราภู | <input type="checkbox"/> ไม่ปราภู | อาการของโรคจิตหรือจิตพิณเพื่อนหรือปัญญาอ่อน |
| <input type="checkbox"/> ปราภู | <input type="checkbox"/> ไม่ปราภู | อาการของกรรมยาเสพติดให้โทษ |
| <input type="checkbox"/> ปราภู | <input type="checkbox"/> ไม่ปราภู | อาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> ปราภู | <input type="checkbox"/> ไม่ปราภู | อาการของโรคเรื้อนในระยะติดต่อหรืออาการ
เป็นทั้งเกียจแก่สังคม |
| <input type="checkbox"/> เป็น | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | วันโรคในระยะอันตราย |
| <input type="checkbox"/> เป็น | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | โรคแท้ซึ่งในระยะที่ปรากฏอาการเป็นทั้งเกียจแก่สังคม |

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย
(.....)

- หมายเหตุ**
- (๑) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (๓) ให้เข้ารับการตรวจร่างกายในสถานพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชน
 - (๔) มหาวิทยาลัยอาจให้ผู้สมัครรับการตรวจรับรองโดยหน่วยแพทย์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด (ถ้าจำเป็น)
 - (๕) มหาวิทยาลัยได้แนบไปตรวจร่างกายและใบตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจสุขภาพในครั้งนี้ด้วย

A.PHYSICAL EXAMINATION

(to be filled in by physician)

HEIGHTcm

BLOOD PRESSURE/.....mmHg

WEIGHTkg

PULSE RATE/.....permin

Normal Abnormal Detected Abnormalities

GENERAL APPEARANCE

.....

SKIN

.....

SUSPECTED LEPROSY LESION

.....

RING WORM

.....

SCALP

.....

RING WORM

.....

LYMPH NODES

.....

INGUINAL LYMPH NODE

.....

EYES

.....

VISION WITH GLASSES

.....

RIGHT EYE

.....

LEFT EYE

.....

COLOR BLINDNESS

.....

TRACHOMA

.....

EARS

.....

OTOSCOPIC EXAM

.....

NOSE

.....

PHARYNX & TONSILS

.....

TEETH

.....

THYROID GLAND

.....

LUNG

.....

HEART

.....

ABDOMEN

.....

LIVER/SPLEEN

.....

HERNIA

.....

VERTEBRAE

.....

LOCOMOTOR/SENSATION

.....

REFLEXES

.....

OTHERS

.....

B.LABORATORY EXAMINATION**a. BLOOD EXAMINATION**

BLOOD GROUP	.....	
HEMOGLOBIN	.....	GM %	
HEMATOCRIT	.....	
BLOOD FILM			
MALARIA	.....	NEGATIVE	.....
MICROFILARIA	.....	NEGATIVE	.....
(For clinical suspected case only)			
WBC	.....%	CELLS/cu.mm.	.....
PMN	.....%	EOS%
LYMPH	.....%	BASO%
MONO	.....%	OTHERS.....%

b. URINE/URETHRAL EXAMINATION**URINALYSIS**

COLOR	.....	ALBUMIN	.....
SP GRAVITY	.....	BLOOD	.....
pH	.....	BACTERIA	.....
SUGAR	.....	OTHERS	.....
MICROSCOPIC EXAM	.....	

c. BIOCHEMICAL ANALYSIS

BUN	.....	CHOLESTEROL	.....
CREATININE	.....	THIGLYCERIDE	.....
FBS	.....	

d. STOOL EXAMINATION**PARASITES**

E.HISTOLYTICA	.....	NEGATIVE	.....
OTHERS	.....	

e. CHEST X-RAY**FINDINGS**

.....

f. OTHERS EXAMINATION

(SUGGESTED BY CLINICAL EXAM PHYSICIAN)

.....