



ใบสมัครขอรับทุนการศึกษาบุตรสมาชิก

สำหรับเด็กกลุ่มพิเศษ / ผู้มีความพิการ ประจำปี 2564 ทุนละ 1,500.- บาท (ไม่จำกัดจำนวนทุนและเงินเดือน)

รับสมัคร : ระหว่างวันที่ 5 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564

วันที่

ข้าพเจ้า (นาย/นาง) สมาชิกเลขที่

สังกัด/หน่วยงาน/ภาควิชา กอง/คณะ โทร

อัตราเงินเดือนที่ได้รับปัจจุบัน บาท

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาสำหรับเด็กกลุ่มพิเศษ/ผู้มีความพิการให้แก่บุตรของข้าพเจ้า คือ

ชื่อ - สกุล อายุ ปี กำลังศึกษาอยู่ที่

จังหวัด ในระดับชั้น (ชั้นที่จบปีการศึกษา 2563) โดยมีรายละเอียดดังนี้

เป็นเด็กกลุ่มพิเศษ คือ

เป็นผู้มีความพิการ คือ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้น และหลักฐานประกอบการพิจารณา เป็นความจริงทุกประการ หาก สอ.ม.อ. พิสูจน์ได้ว่าเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สอ.ม.อ. หักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เพื่อชดใช้เงินทุนการศึกษา ซึ่งข้าพเจ้าได้รับไปแล้วพร้อมทั้งดอกเบี้ยร้อยละสิบห้าต่อปี และตัดสิทธิการขอรับเงินทุนการศึกษาจาก สอ.ม.อ. ตลอดไป และยินยอมให้แจ้งมหาวิทยาลัยด้วย

อนึ่ง กรณีที่ข้าพเจ้าได้รับทุนส่งเสริมการศึกษา ขอให้โอนเงินเข้าบัญชีรับโอนเงินปันผลข้าพเจ้าด้วย

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

1. สำเนาหลักฐานที่แสดงว่ากำลังศึกษาอยู่

2. หนังสือรับรองจากแพทย์ (กรณีเด็กกลุ่มพิเศษ) / หนังสือรับรองจากทางราชการ (กรณีเป็นผู้มีความพิการ)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่รับสมัคร

..... / / (วันที่รับสมัคร)