



ใบสมัครขอรับทุนการศึกษาบุตรสมาชิก

สำหรับเด็กกลุ่มพิเศษ / ผู้มีความพิการ ประจำปี 2565 ทุนละ 1,500.- บาท (ไม่จำกัดจำนวนทุนและเงินเดือน)

รับสมัคร : ระหว่างวันที่ 3 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า (นาย/นาง) วันที่
สังกัด/หน่วยงาน/ภาควิชา สมาชิกเลขที่
กอง/คณะ โทร
อัตราเงินเดือนที่ได้รับปัจจุบัน บาท

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาสำหรับเด็กกลุ่มพิเศษ/ผู้มีความพิการให้แก่บุตรของข้าพเจ้า คือ
ชื่อ - สกุล อายุ ปี กำลังศึกษาอยู่ที่
จังหวัด ในระดับชั้น (ชั้นที่จบปีการศึกษา 2564) 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 ข้าพเจ้ายินยอมให้ สอ.ม.อ. ประกาศรายชื่อของข้าพเจ้าพร้อมกับรายชื่อบุตรผู้ได้รับทุนการศึกษา และขอให้ สอ.ม.อ. โอนเงินเข้าบัญชีที่ระบุรับโอนเงินปันผลของข้าพเจ้าด้วย

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

- สำเนาหลักฐานที่แสดงว่ากำลังศึกษาอยู่
- หนังสือรับรองจากแพทย์ (กรณีเด็กกลุ่มพิเศษ) / หนังสือรับรองจากทางราชการ (กรณีเป็นผู้มีความพิการ)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่รับสมัคร
..... / / (วันที่รับสมัคร)