



ประกาศโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกนักเรียนทุนมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สาขาสระแก้ว
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา ๒๕๖๗

ตามที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ประชาสัมพันธ์เพื่อรับทุนมูลนิธิ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สาขาสระแก้ว ในการศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา ๒๕๖๗ จำนวน ๖ ทุน ทุนการศึกษาละ
๔๐,๐๐๐ บาท/คน/ปี เป็นระยะเวลา ๔ ปี ซึ่งเปิดรับสมัครในระบบของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
ทางเว็บไซต์ <https://reg-pbru.ac.th> ภายในวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ นั้น

บัดนี้ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ได้ดำเนินการสอบคัดเลือกและประกาศรายชื่อ
ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา เป็นที่เรียบร้อยแล้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่าน
การคัดเลือกนักเรียนทุนมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สาขาสระแก้ว หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา ๒๕๖๗ ผู้ที่มีรายชื่อตามบัญชีแนบท้าย

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายสมคิด ยืนประโคน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกนักเรียนทุนมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สาขาสระแก้ว
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗
เอกสารแนบท้ายประกาศ ลงวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๗

ลำดับที่	รหัสผู้สมัคร	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล
๑	๖๗๐๑๔๖๒๐๑	นางสาว	พรรษรดา	ทองยิ้ม
๒	๖๗๐๑๔๖๒๐๒	นางสาว	วิลาสินี	พิวละมุล
๓	๖๗๐๑๔๖๒๑๙	นางสาว	กมลลักษณ์	เพชรโกมล
๔	๖๗๐๑๔๖๒๒๓	นางสาว	ณัฐกมล	นันทสุมาลย์
๕	๖๗๐๑๔๖๒๓๙	นางสาว	นพมาศ	ประหุศรี
๖	๖๗๐๑๔๖๒๕๑	นางสาว	สิริจรรยา	สมภักดี

- หมายเหตุ : ๑. ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกส่งแบบยืนยันการรับทุน ภายในวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๗
ทาง E – mail : monthian.pi@hotmail.com / Line ID : ๐๘๙๔๐๕๔๘๔๐
๒. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล โทร ๐๓๗ ๒๔๓๐๑๘ – ๒๐
ต่อ ๑๗๗ หรือ ๐๙๔ – ๔๕๐๕๑๒๓



แบบยื่นรับการรับทุน มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สาขาสระแก้ว

ปีการศึกษา ๒๕๖๗

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

1. การยื่นรับการรับทุน

สละสิทธิ์รับทุน สนับสนุนการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เนื่องจาก.....

ยื่นรับการรับทุน สนับสนุนการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

2. รายละเอียดผู้รับทุน

ข้าพเจ้า ชื่อ.....นามสกุล.....

อาศัยอยู่กับ (ที่อยู่ปัจจุบัน)

บิดา/มารดา ญาติ (เกี่ยวข้องเป็น) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

เลขที่.....อาคาร/หมู่บ้าน..... หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์ผู้รับทุน.....

เบอร์โทรศัพท์ผู้ปกครอง/ญาติ.....ระบุชื่อ.....

ความสัมพันธ์กับผู้รับทุน.....

3. ข้อมูลบัญชีผู้รับทุน (บัญชีออมทรัพย์ของผู้รับทุน เพื่อรับทุนสนับสนุนการศึกษา) บัญชี ธนาคารกรุงไทย

สาขา.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

4. การดำเนินการจ่ายเงินสนับสนุน

4.1 สำนักงานมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สาขาสระแก้ว จะดำเนินการเบิกจ่ายทุนด้วยวิธีเช็ค
ระบุชื่อผู้รับเงิน (ชื่อผู้รับทุน) และนำฝากเข้าบัญชีธนาคารตามที่ผู้รับทุนระบุในข้อ 3.

4.2 สำนักงานมูลนิธิฯ สนับสนุนทุนการศึกษาในอัตราปีละ 40,000 บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) แบ่งจ่ายเป็น
2 ภาคการศึกษา ๆ ละ 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)

4.4 เอกสารที่ผู้รับทุนต้องนำส่งเพื่อเบิกเงินสนับสนุนทุน ได้แก่ สำเนาใบเสร็จรับเงินการชำระค่าลงทะเบียน /
เอกสารแสดงผลการเรียน/เอกสารแสดงการลงทะเบียนในภาคต่อไป พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา เป็นต้น

◆ ช่องทางการติดต่อ/ส่งเอกสาร สำนักงานมูลนิธิฯ ◆

Email : scph.foundation@outlook.co.th / scph.foundation@gmail.com

Line ID : Napat0102 โทรศัพท์ : 086 – 820 – 8365

ผู้จัดการสำนักงานมูลนิธิฯ : นางสาวนันทน์ภัส หอมชื่น

..... ผู้รับทุน

(.....)

วันที่.....

..... ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่.....