



Photo
1 x 1 inch

แบบฟอร์มขอทุนระดับบัณฑิตศึกษา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ทุนผู้ช่วยสอน
Teaching Assistant Scholarship Application Form

ข้อมูลของนักศึกษาผู้เข้ารับทุน (Applicant information)

ชื่อ – สกุล (Name-Surname) รหัสนักศึกษา (Student ID)
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ (Present address).....
โทรศัพท์ (Phone)..... E-mail.....
หลักสูตร (Program) ปริญญาโท (Master degree) ปริญญาเอก (Doctoral degree)
สาขาวิชา (Major) ชั้นปีที่ (Current year of study)

ข้อมูลผลการศึกษา(Educational background)

- เกรดเฉลี่ยสะสมในชั้นปีปัจจุบัน (Current cumulative GPA)
○ Master Degree (GPA not lower than 3.25)
○ Doctoral Degree (GPA not lower than 3.50)
 ผลสอบผ่านภาษาอังกฤษ (English score test) ○ IELTS ○ TOEFL-iBT ○ MU GRAD Plus ○ MU ELT
คะแนนที่ได้ (score)..... เมื่อวันที่ (examination date).....

ข้อมูลการได้รับทุนการศึกษาอื่น ณ ปัจจุบัน (Current academic scholarship information)

- ข้าพเจ้าไม่ได้รับทุนการศึกษาใดๆ จากทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยมหิดล (I do not receive any academic scholarship inside or outside Mahidol University)
 ข้าพเจ้าได้รับทุนการศึกษาจาก (I am receiving academic scholarship from).....
เป็นจำนวนเงิน (amount)บาท (Baht) ตั้งแต่ (from).....
ถึง (to).....

เอกสารแนบพร้อมใบสมัคร (Application Documents)

- ใบแสดงผลการศึกษาในชั้นปีปัจจุบัน (Current transcripts)
 ผลการสอบภาษาอังกฤษตามเกณฑ์ของบัณฑิตวิทยาลัย (English score report)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ (I affirm that all the above information is true)

ลงชื่อ (Signature).....ผู้สมัคร (applicant)
(.....)
วันที่ (Date)เดือน (Month) พ.ศ. (Year).....

สำหรับประธานหลักสูตรให้ความเห็นชอบ (For approval by the program director)

ข้าพเจ้าพิจารณา ไปสมัครของ.....แล้ว

- เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก (กรุณาระบุเหตุผล).....
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก (กรุณาระบุเหตุผล).....

โดยงานที่จะให้นักศึกษาช่วยด้านการเรียนการสอน มีดังนี้

- การบรรยาย จำนวน.....ชั่วโมง/ภาคการศึกษา
- การคุมปฏิบัติการ จำนวน.....ชั่วโมง/ภาคการศึกษา
- ให้คำแนะนำในการเขียนและแก้ไขวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา จำนวน.....ชั่วโมง/ภาคการศึกษา
- เป็นที่ปรึกษาให้แก่ศึกษาระดับปริญญาตรี เช่น วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาแพทย์ จำนวน.....ชั่วโมง/ภาคการศึกษา
- กิจกรรมอื่น ๆ ตามที่รายวิชากำหนด (โปรดระบุ)

ลงชื่อ.....
(.....)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วันที่ (Date)เดือน (Month)พ.ศ. (Year).....