



ประกาศโรงพยาบาลศรีสะเกษ  
เรื่อง รับสมัครรับทุนการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต  
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

ด้วยโรงพยาบาลศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ มีความประสงค์จะเปิดรับสมัคร  
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับนักศึกษา ชั้นปีที่ ๔ ที่มีความประสงค์ขอรับทุนการศึกษา  
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ จำนวน ๑๐ ทุน ๆ ละ ๔๐,๐๐๐ บาท/ ปีการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. คุณสมบัติของผู้ขอรับทุนการศึกษา

- ๑.๑ เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ ๔
- ๑.๒ มีผลการเรียนดี แต่ขาดแคลนทุนทรัพย์ (เกรดเฉลี่ยรวมไม่ต่ำกว่า ๒.๕๐)
- ๑.๓ มีความขยันหมั่นเพียรในการเรียน มีความประพฤติดี ไม่เคยเป็นผู้ถูกลงโทษจากสถานศึกษา
- ๑.๔ ไม่เป็นผู้รับทุนการศึกษาประเภทอื่น ๆ ต่อเนื่อง

๒. หลักฐานการรับสมัคร

- ๒.๑ สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒.๓ สำเนาใบรายงานผลการศึกษา  
(ตั้งแต่เริ่มศึกษาถึงปัจจุบัน) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒.๔ รูปถ่าย (นักศึกษา) ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป (ติดใบสมัคร)
- ๒.๕ ใบรับรองแพทย์ที่ออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒.๖ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ,สกุล (ถ้ามี) อย่างละ ๑ ฉบับ ตามจำนวนของเอกสาร

๓. การรับสมัคร

- ๓.๑ เปิดรับสมัครระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๘
- ๓.๒ ผู้ประสงค์จะสมัครสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบสมัครท้ายประกาศ ได้ทางเว็บไซต์  
โรงพยาบาลศรีสะเกษ <https://sskh.moph.go.th> หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์ พร้อมกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน  
ถูกต้องพร้อมแนบเอกสารที่ใช้ในการสมัครให้ครบถ้วน โดยสามารถยื่นใบสมัครได้ตามช่องทางดังนี้
  - ๓.๒.๑ ยื่นใบสมัครด้วยตนเอง ที่กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น ๔  
โรงพยาบาลศรีสะเกษ ในวันและเวลาราชการ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

๓.๒.๒ ส่งใบสมัครโดยผ่านบริการไปรษณีย์ ต้องเป็นไปรษณีย์แบบ EMS (Express Mail Service) เท่านั้น ไม่รับการยื่นใบสมัครทางบริษัทขนส่งเอกชน ภายในกำหนดระยะเวลาเปิดรับสมัคร จะถือว่าวันที่ไปรษณีย์รับฝากสิ่งของเข้าเป็นสำคัญ และต้องมีเอกสารตามข้อ ๒ ครบถ้วนถูกต้องเท่านั้น จึงจะถือว่าได้ยื่นใบสมัครทางไปรษณีย์เรียบร้อยแล้ว โดยเจ้าหน้าที่ของถึง “กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล (สมัครรับทุนการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต) โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ ๐๘๕๕ ถนนกสิกรรม ตำบลเมืองใต้ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๐๐๐”

#### ๔. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก/ วิธีการคัดเลือก และสถานที่การคัดเลือก

๔.๑ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกภายในในวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๘ ทางเว็บไซต์โรงพยาบาลศรีสะเกษ <https://sskh.moph.go.th> หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์

๔.๒ ดำเนินการคัดเลือกด้วยวิธีสัมภาษณ์ ในวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๘ ที่ห้องประชุมกลุ่มการพยาบาล อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น ๔ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกต้องมารับการคัดเลือกด้วยตัวเอง ไม่มีการคัดเลือกผ่านระบบออนไลน์

#### ๕. เงื่อนไขสำหรับผู้ได้รับทุน

๕.๑ ผู้ได้รับทุนต้องเข้าทำสัญญารับทุนตามแบบสัญญาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษกำหนด และต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

๕.๒ เมื่อผู้ได้รับทุนการศึกษาจบการศึกษาแล้ว ต้องปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ

#### ๖. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

โรงพยาบาลศรีสะเกษ จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกภายในในวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๘ ทางเว็บไซต์โรงพยาบาลศรีสะเกษ <https://sskh.moph.go.th> หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์

หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ นางพาววัญ สมภาค ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล โทร. ๐๙ ๗๓๓๒ ๕๑๖๒

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายสุวิมล ศรีนิต ธรรมพร)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ชั้น ๒

โรงพยาบาลศรีสะเกษ

# ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา

ติดรูปถ่าย 1 นิ้ว

## หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ชื่อผู้ขอรับทุน นาย/นาง/นางสาว .....

ชื่อสถาบันการศึกษา.....

ปัจจุบันกำลังศึกษาระดับ.....

คะแนน GPA.....

### ๑. ประวัติส่วนตัว

วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....

ข้าพเจ้ามีพี่น้อง (รวมตัวข้าพเจ้า) .....คน

ภูมิลำเนาเดิม เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

### ๒. สถานภาพครอบครัว

ชื่อ-สกุล บิดา.....

ที่อยู่.....

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

ชื่อ-สกุล มารดา.....

ที่อยู่.....

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

สถานะ การสมรส ของบิดา-มารดา

อยู่ด้วยกัน  หย่า  บิดาถึงแก่กรรม  มารดาถึงแก่กรรม

รายได้ของครอบครัวรวมกันต่อเดือน.....

### ๓. ประวัติการศึกษา (ระดับมัธยมศึกษา)

ลำดับ	โรงเรียน	เกรดเฉลี่ย	เคยได้รับทุน	จำนวน (บาท)	ผลงานเด่น
๑	ม.ต้น				
๒	ม.ปลาย				



ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากข้อความที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ต่อคณะกรรมการ  
เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้พิจารณาลงโทษหรือเพิกถอนทุนตามความเห็นสมควร

ลงชื่อ.....(นักศึกษา)

(.....)

วันที่.....

๘. ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา (การรับรองความประพฤติและความเหมาะสมที่ควรได้รับทุน)

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

ลงชื่อ.....(อาจารย์ที่ปรึกษา)

(.....)

วันที่.....