



ใบสมัครรับทุน ศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน/สัมมนา

สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ติดรูปถ่าย

1” - 2”

*** โปรดกรอรายละเอียดให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาคัดเลือกผู้สมัคร ***

- ชื่อแหล่งทุน
ชื่อหลักสูตร
- สังกัดของผู้สมัครรับทุน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก/กอง/อื่น ๆ)
.....
กรม กระทรวงสาธารณสุข
- บุคคลที่ผู้สมัครประสงค์จะให้ติดต่อในกรณีรีบด่วน
ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร
- ที่อยู่ติดต่อได้
- โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรสาร
- โทรศัพท์ที่บ้าน โทรสาร
- มือถือ E-mail
- รายละเอียดเกี่ยวกับผู้สมัครรับทุน
ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว
- ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Miss
- โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรสาร
- โทรศัพท์ที่บ้าน โทรสาร
- มือถือ E-mail
- เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน วัน นับถึงวันกรอกใบสมัคร
ตำแหน่ง ระดับ กลุ่มงาน/งานฝ่าย

วุฒิการศึกษา - ปริญญาตรี สาขา
ชื่อสถาบัน ผลการศึกษาเฉลี่ยตลอดหลักสูตร
- ปริญญาโท สาขา
ชื่อสถาบัน ผลการศึกษาเฉลี่ยตลอดหลักสูตร
- ปริญญาเอก สาขา
ชื่อสถาบัน ผลการศึกษาเฉลี่ยตลอดหลักสูตร

อายุราชการ ปี เดือน วัน บรรจุเข้ารับราชการเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
กรณีโอน/ย้าย มาจากหน่วยงานอื่น : ชื่อหน่วยงาน/ส่วนราชการเดิม
กรม กระทรวง เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
หากเคยลาออกจากราชการหรือบรรจุเข้ารับราชการใหม่ โปรดระบุรายละเอียด
.....

ประสบการณ์/ความรู้ภาษาอังกฤษ

ผลสอบของสำนักงานความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ (สพร.) คะแนน เมื่อวันที่
ผล TOEFL คะแนน เมื่อวันที่
ผล IELTS คะแนน เมื่อวันที่
อื่น ๆ (ระบุ) คะแนน เมื่อวันที่

5. โปรดระบุทุนของรัฐบาล/องค์กร/อื่น ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เคยได้รับมาแล้ว 2 หลักสูตรล่าสุด

5.1 ไปศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน/สัมมนา/ประชุม ด้วยทุน
หลักสูตร/สาขา/เรื่อง/ด้าน
ระดับ ณ ประเทศ
ระยะเวลาตั้งแต่ ถึง

5.2 ไปศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน/สัมมนา/ประชุม ด้วยทุน
หลักสูตร/สาขา/เรื่อง/ด้าน
ระดับ ณ ประเทศ
ระยะเวลาตั้งแต่ ถึง

กลับมาครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

6. ปัจจุบันได้รับการเสนอชื่อ และ/หรืออยู่ระหว่างการสมัครรับทุน/การขอผลการพิจารณาให้ทุน จากแหล่งทุน (ระบุ)

ชื่อทุน รัฐบาล/องค์กร/อื่น ๆ ณ ประเทศ
ไปศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน/สัมมนา/ประชุม หลักสูตร
ระยะเวลาตั้งแต่ ถึง

7. เคย ไม่เคย สมัครรับทุนตามระบบการสรรหาผู้สมัครรับทุนไปศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน ของกระทรวง
สาธารณสุข ดังนี้ (หากเคยสมัคร โปรดระบุการสมัครรับทุนฯ ครั้งล่าสุด อย่างน้อย 2 งวด)

7.1 ประจำปี พ.ศ.

งวดที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) ศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ล้มมนา

ชื่อแหล่งทุน

ชื่อหลักสูตร

งวดที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม) ศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ล้มมนา

ชื่อแหล่งทุน

ชื่อหลักสูตร

7.2 ประจำปี พ.ศ.

งวดที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) ศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ล้มมนา

ชื่อแหล่งทุน

ชื่อหลักสูตร

งวดที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม) ศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ล้มมนา

ชื่อแหล่งทุน

ชื่อหลักสูตร

8. หน้าที่ความรับผิดชอบของงานที่ปฏิบัติในปัจจุบัน (อธิบายรายละเอียดของลักษณะงานที่รับผิดชอบและปฏิบัติ)

8.1

8.2

8.3

8.4

8.5

9. แผนงานโครงการที่คาดว่าจะกลับมาปฏิบัติหลังจากกลับจากต่างประเทศ

9.1

9.2

9.3

9.4

9.5

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้สมัครรับทุน

(.....)

..... / /