

ใบสมัครทุนการศึกษา ศูนย์ฝึกทักษะอาชีพสเดปส์ ประจำปีการศึกษา 2564

วันที่ _____

ชื่อผู้กรอกใบสมัคร _____

ข้อมูลผู้ขอทุน

ชื่อ (นาย/นางสาว) _____ นามสกุล _____

วัน/เดือน/ปีเกิด _____ สัญชาติ _____ เชื้อชาติ _____

จังหวัดที่เกิด _____ เลขที่บัตรประจำตัวผู้พิการ _____

ที่อยู่ปัจจุบัน _____

ผู้ขอทุนกำลังได้รับ หรือ ผ่านการได้รับทุนจากที่ใดหรือไม่?

เคย ไม่เคย

หากเคย กรุณากรอกรายละเอียดของทุนที่เคยได้รับ

ชื่อทุน	ผู้มอบทุน	ระยะเวลาที่ได้รับทุน

ข้อมูลครอบครัว (ชื่อบิดา, มารดา หรือ ผู้ปกครอง)

1. ชื่อ / นามสกุล _____

ความเกี่ยวข้องกับผู้ขอทุน _____ อาชีพ _____

ที่อยู่ _____

เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____ เบอร์โทรศัพท์บ้าน _____

อีเมล _____

2. ชื่อ / นามสกุล _____

ความเกี่ยวข้องกับผู้ขอทุน _____ อาชีพ _____

ที่อยู่ _____

เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____ เบอร์โทรศัพท์บ้าน _____

อีเมล _____

3. จำนวนพี่น้องในครอบครัว _____ คน

ชื่อ / สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์ กับผู้ขอทุน	กำลังศึกษา (ชั้นเรียน)	กำลังทำงาน (อาชีพ)

4. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน _____ บาท

ข้อมูลการศึกษา และการบำบัดต่างๆ

สถานศึกษา

ชื่อสถานศึกษา	ชั้นการศึกษา	ระยะเวลาที่ศึกษา

สถานที่บำบัด

ผู้ขอทุนเคยได้รับ หรือ กำลังรับการบำบัดใดอยู่หรือไม่?

(เช่น กิจกรรมบำบัด, อรรถบำบัด, พฤติกรรมบำบัด)

เคย ไม่เคย

หากเคยได้รับ กรุณากรอกรายละเอียดการบำบัดที่เคยได้รับ

ชื่อการบำบัด	สถานที่ได้รับการบำบัด	ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัด

ปัจจุบันรับประทานยาประจำตัวใดอยู่หรือไม่?

ทาน ไม่ได้ทาน

หากรับประทาน กรุณาระบุตัวยาละเอียดและปริมาณซึ่งกำลังรับประทานในปัจจุบัน

ข้อมูลผู้ส่งเสียรับผิดชอบค่าใช้จ่ายผู้ขอทุน

จำนวนผู้ส่งเสีย _____ คน

1. ชื่อ / นามสกุล _____

ความเกี่ยวข้องกับผู้ขอทุน _____ อีเมล _____

ที่อยู่ _____

เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____ เบอร์โทรศัพท์บ้าน _____

อาชีพ _____ รายได้ต่อเดือน _____ บาท

(* * * กรุณาแนบเอกสารเงินเดือนประกอบใบสมัคร)

บุคคลอื่นที่ผู้ส่งเสียรับผิดชอบค่าใช้จ่ายอยู่นอกจากผู้ขอทุน

ชื่อ / นามสกุล	อายุ	สถานภาพทางการศึกษา หรือ ประกอบอาชีพ	รายได้จากการ ประกอบอาชีพ

2. ชื่อ / นามสกุล _____

ความเกี่ยวข้องกับผู้ขอทุน _____ อีเมล _____

ที่อยู่ _____

เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____ เบอร์โทรศัพท์บ้าน _____

อาชีพ _____ รายได้ต่อเดือน _____ บาท

(* * * กรุณาแนบเอกสารเงินเดือนประกอบใบสมัคร)

บุคคลอื่นที่ผู้สงเสียรับผิดชอบค่าใช้จ่ายอยู่นอกเหนือจากผู้ขออน

ชื่อ / นามสกุล	อายุ	สถานภาพทางการศึกษา หรือ ประกอบอาชีพ	รายได้จากการ ประกอบอาชีพ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ จะให้ความร่วมมือในการสนับสนุนผู้ฝึกตลอดช่วงเวลาการฝึกงานที่ศูนย์ฝึกทักษะอาชีพสเตปส์

ลงชื่อ ผู้กรอกใบสมัคร

(.....)