



ประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
เรื่อง รับสมัครคัดเลือกนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ ๑ - ๔
เข้ารับการสนับสนุนทุนการศึกษา จากเงินบำรุงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
การพัฒนาระบบสุขภาพหนึ่งเดียว (ONE PROVINCE ONE HEALTH) ปีการศึกษา ๒๕๖๙

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย มีความประสงค์จะรับสมัครคัดเลือกนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ ๑ - ๔ เพื่อเข้ารับการสนับสนุนทุนการศึกษา จากเงินบำรุงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย การพัฒนาระบบสุขภาพหนึ่งเดียว (ONE PROVINCE ONE HEALTH) ปีการศึกษา ๒๕๖๙ จำนวน ๓๔ ทุน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. จำนวนทุนและรายละเอียดการรับทุน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ประสงค์สนับสนุนทุนการศึกษานักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ ๑ - ๔ จากเงินบำรุงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย การพัฒนาระบบสุขภาพหนึ่งเดียว (ONE PROVINCE ONE HEALTH) จำนวน ๔๐,๐๐๐ บาท ต่อคนต่อปีการศึกษา ตลอดระยะเวลาตามหลักสูตร จำนวน ๓๔ ทุน โดยมีเงื่อนไข เมื่อสำเร็จการศึกษา จะต้องกลับไปปฏิบัติงานชดใช้ทุน ณ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ตามแผนกรอบอัตรากำลังที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายกำหนด

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครสอบ

๒.๑ เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก หรือสถาบันนอกสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล และสำนักงาน ก.พ.

๒.๒ เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกาย และจิตใจ สมบูรณ์ บุคลิกภาพเหมาะสม

๒.๓ มีความประพฤติเรียบร้อย ตั้งใจและใส่ใจในการศึกษา ปฏิบัติตนตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับของสถาบันการศึกษา และต้องไม่เคยได้รับโทษทางวินัยหรืออยู่ระหว่างถูกสอบสวนทางวินัยของสถาบันการศึกษา

๒.๔ หากมีผลการเรียนดีหรือมีภูมิำเนาจังหวัดเชียงราย (จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ)

๒.๕ เมื่อสำเร็จการศึกษา จะต้องกลับไปปฏิบัติงานชดใช้ทุน ณ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ตามแผนกรอบอัตรากำลังที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายกำหนด

๓. กำหนดการรับสมัคร และวิธีการสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสนับสนุนทุนการศึกษา จากเงินบำรุงหน่วยบริการ สามารถยื่นแบบแสดงความประสงค์ฯ (ไฟล์ PDF) สมัครทางออนไลน์ ผ่าน QR - Code ในกำหนดการรับสมัครฯ ที่แนบมาพร้อมนี้ ตั้งแต่วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙ สำหรับการยื่นแบบแสดงความประสงค์ฯ ทางออนไลน์จะยึดวันดำเนินการในระบบออนไลน์เป็นสำคัญ

๔. เอกสารและหลักฐานที่ต้องเตรียมยื่นแบบแสดงความประสงค์ฯ

๔.๑ แบบแสดงความประสงค์ฯ โดยกรอกให้ถูกต้องครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อ

๔.๒ แฟ้มสะสมผลงาน, ข้อมูลยืนยันผลการเรียน (เกรดเฉลี่ยสะสม) และเอกสารยืนยันการเข้าศึกษาหรือยืนยันการเป็นนักศึกษา โดยแนบรวมไฟล์มาพร้อมกับแฟ้มสะสมผลงาน

๕. เงื่อนไขในการยื่นแบบแสดงความประสงค์ฯ

๕.๑ ผู้สมัครต้องตรวจสอบและรับรองตนเองว่ามีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครจริง รวมทั้งกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ให้ถูกต้องครบถ้วน ตามความเป็นจริง หากปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครผู้ใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศรับสมัคร หรือมีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัครสอบ จะถือว่าผู้นั้นขาดคุณสมบัติในการสมัครมาตั้งแต่ต้น

๕.๒ ผู้สมัครที่ยื่นแบบแสดงความประสงค์ฯ แล้ว ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขแบบแสดงความประสงค์ฯ ของตนได้อีก หากมีการยื่นแบบแสดงความประสงค์ฯ มากกว่า ๑ ครั้ง จะยึดถือแบบแสดงความประสงค์ฯ ครั้งหลังสุด

๖. หลักฐานและวิธีการคัดเลือก

คณะกรรมการจะคัดเลือกผู้มีสิทธิได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษา จากแบบแสดงความประสงค์ฯ ของผู้สมัคร โดยประเมินในด้านต่างๆ ตามความเหมาะสม (คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน) ดังนี้

๖.๑ เกรดเฉลี่ยสะสม (๓๐ คะแนน)

๖.๒ ภูมิลำเนา (๑๐ คะแนน)

๖.๓ รางวัลที่เคยได้รับ กิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมระหว่างการศึกษา ความสามารถพิเศษ (๓๐ คะแนน)

๖.๔ ประวัติและเหตุผลในการขอรับทุนการศึกษา (๑๕ คะแนน)

๖.๕ โครงการหรือความตั้งใจที่จะประกอบอาชีพในอนาคต (๑๕ คะแนน)

๗. เกณฑ์การตัดสิน

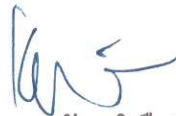
๗.๑ ผู้มีสิทธิได้รับการจัดลำดับเข้ารับการสนับสนุนทุนการศึกษา จะต้องเป็นผู้ที่ได้คะแนนการประเมินในด้านต่างๆ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ จำนวน ๓๔ ลำดับ และผู้มีสิทธิได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษา ลำดับสำรอง ตั้งแต่ลำดับที่ ๓๕ เป็นต้นไป

๗.๒ กรณีผู้มีสิทธิได้รับการจัดลำดับเข้ารับการสนับสนุนทุนการศึกษา ได้คะแนนร้อยละเท่ากัน ให้ผู้ที่ยื่นแบบแสดงความประสงค์ฯ ในระบบก่อนเป็นผู้อยู่ในลำดับที่สูงกว่า

๘. การประกาศผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษา ภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย cro.moph.go.th

ประกาศ ณ วันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๙



(นายเอกชัย คำลือ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

กำหนดการรับสมัครคัดเลือกนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ ๑ - ๔
เข้ารับการสนับสนุนทุนการศึกษา จากเงินบำรุงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
การพัฒนาระบบสุขภาพหนึ่งเดียว (ONE PROVINCE ONE HEALTH) ประจำปี ๒๕๖๙

การดำเนินการ	วัน เวลา สถานที่
๑.รับสมัครนักศึกษาผู้ประสงค์รับการสนับสนุน ทุนการศึกษา	ตั้งแต่วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ออนไลน์ Scan QR - Code ที่แนบมาพร้อมนี้
๒.ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับการสนับสนุน ทุนการศึกษา	ภายในเดือน สิงหาคม ๒๕๖๙ ทาง http://cro.moph.go.th
๓.จัดทำสัญญารับการสนับสนุนทุนการศึกษา	ภายในเดือน สิงหาคม ๒๕๖๙



QR Code ยืนยันความประสงค์

แบบแสดงความประสงค์รับการสนับสนุนทุนการศึกษา

โดยมีเงื่อนไขจะต้องกลับไปปฏิบัติงานขอใช้ทุน ตามระยะเวลาได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษา
ณ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ตามแผนกรอบอัตรากำลัง

รูปถ่าย 1 นิ้ว

หลักสูตร.....สาขา.....

1. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ-สกุล (นาย/นางสาว).....ชั้นปี.....ปีการศึกษา.....
สถาบัน.....เกรดเฉลี่ยสะสมทุกภาคเรียน (GPAX).....(แนบเอกสารหลักฐาน)
อายุ.....ปี.....เดือน ส่วนสูง.....น้ำหนัก.....ภูมิลำเนา อำเภอ.....จังหวัด.....
สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....โรคประจำตัว.....
เบอร์โทรศัพท์.....E-Mail.....
Facebook (ต้องสามารถดูได้).....ID Line.....
ช่องทางอื่น ๆที่อยู่สำหรับจัดส่งเอกสาร บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....กรณีที่ต้องติดต่อเร่งด่วนให้ติดต่อ.....
เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ประวัติการศึกษา

ชั้นประถมศึกษา โรงเรียน.....จังหวัด.....เกรดเฉลี่ย.....
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียน.....จังหวัด.....เกรดเฉลี่ย.....
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียน.....จังหวัด.....เกรดเฉลี่ย.....

3. รางวัลที่เคยได้รับและความภาคภูมิใจที่สุด (พร้อมแนบหลักฐาน)

1.....ปีพ.ศ.....() ประเทศ () ภาค () จังหวัด () อำเภอ () สถาบัน
2.....ปีพ.ศ.....() ประเทศ () ภาค () จังหวัด () อำเภอ () สถาบัน
3.....ปีพ.ศ.....() ประเทศ () ภาค () จังหวัด () อำเภอ () สถาบัน

4. กิจกรรมจิตอาสา (พร้อมแนบหลักฐาน) [] ไม่เคยทำ [] เคยทำ (โปรดระบุ)

1.....สถานที่ทำกิจกรรม.....ปี.....
2.....สถานที่ทำกิจกรรม.....ปี.....
3.....สถานที่ทำกิจกรรม.....ปี.....

5. กิจกรรมระหว่างการศึกษาด้านความเป็นผู้นำหรือที่ได้รับมอบหมายที่ผ่านมา (พร้อมแนบหลักฐาน)

ตำแหน่ง	ชั้น	ปี	ความรับผิดชอบ
1.....
2.....
3.....

6. ความสามารถพิเศษ (ถ้ามีโปรดระบุพร้อมแนบหลักฐาน)

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

ลงชื่อ.....ผู้แสดงความประสงค์ฯ

7.ประวัติและเหตุผลในการขอรับทุนการศึกษา

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

8.โครงการหรือความตั้งใจที่จะประกอบอาชีพในอนาคตหากท่านได้รับทุนการศึกษานี้

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

9.จัดทำไฟล์ PDF แนบสะสมผลงาน เพื่อแสดงหลักฐานเอกสารหรือภาพถ่าย ข้อ 3 – 6 (3.รางวัลที่เคยได้รับ และความภาคภูมิใจที่สุด 4.กิจกรรมจิตอาสา 5.กิจกรรมระหว่างการศึกษาด้านความเป็นผู้นำหรือที่ได้รับมอบหมาย 6.ความสามารถพิเศษ) และเอกสารแสดงรับรองผลเรียน (เกรดเฉลี่ยสะสมทุกภาคเรียนจนถึงภาคเรียนปัจจุบัน) แนบมาพร้อมแบบแสดงความประสงค์ (การดำเนินการ.....[] จัดทำ.....[] ไม่จัดทำ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และหากข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษา ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อตกลงในสัญญาเงินสนับสนุนทุนการศึกษาอย่างเคร่งครัด ข้าพเจ้าจะตั้งใจศึกษาเล่าเรียนจนสำเร็จการศึกษาตามระยะเวลาของหลักสูตร และจะกลับไปปฏิบัติงานขอใช้ทุน ตามระยะเวลาได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษา ณ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ตามแผนกรอบอัตรากำลังที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายกำหนดต่อไป

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้แสดงความประสงค์ฯ