**แบบฟอร์มผู้สมัครรับทุนการศึกษา**

**โครงการ "ทุนการศึกษาอีซูซุเพื่อคนพิการ"**

รูปถ่าย

1" หรือ 2"

1. ชื่อ – นามสกุล (นาย / นางสาว)

อายุ ปี ประเภทความพิการ

กำลังศึกษาอยู่ชั้น คณะ / สาขา

สถาบันการศึกษา คะแนนเฉลี่ยสะสม

เคยได้รับทุนมูลนิธิกลุ่มอีซูซุมาแล้ว ครั้ง

2.ที่อยู่ที่ติดต่อได้

โทรศัพท์ e-mail

3.สถานภาพครอบครัว บิดามารดาอยู่ด้วยกัน บิดามารดาหย่าร้างกัน

บิดาถึงแก่กรรม มารดาถึงแก่กรรม อื่นๆ ระบุ

4.อาชีพบิดา รายได้ / เดือน บาท

อาชีพมารดา รายได้ / เดือน บาท

5.จำนวนพี่น้อง ชาย คน หญิง คน ประกอบอาชีพแล้ว คน ข้าพเจ้าเป็นบุตรคนที่

6.ปัจจุบันอยู่ในความอุปการะของ โดยได้รับค่าใช้จ่ายเดือนละ บาท

ที่อยู่ของผู้อุปการะ โทร.

7.งานพิเศษที่ทำอยู่ รายได้ บาท /

8.แหล่งทุนการศึกษา / เงินสนับสนุนอื่น ๆ ที่ได้รับ

8.1 จำนวน บาท ปี พ.ศ.

8.2 จำนวน บาท ปี พ.ศ.

9.รางวัลทางด้านการศึกษาที่เคยได้รับ

1. ปี พ.ศ.

2. ปี พ.ศ.

10.เป้าหมายด้านอาชีพในอนาคต

11.สิ่งอื่น ๆ ที่ต้องการขอรับการสนับสนุน

11.1.

11. 2.

12.ได้รับทราบข่าวเรื่องทุนนี้จาก

13.เหตุผลและความจำเป็นในการขอรับทุน

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

ลงชื่อผู้สมัครรับทุน

( )

14.คำรับรองความประพฤติและความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

อาจารย์ที่ปรึกษาลงนาม

( )

ตำแหน่ง

โทรศัพท์

วันที่