

ประเภท “ทุนการศึกษาแก่บุตรศิษยาภิบาล” ปีการศึกษา 2566 (ต่อเนื่อง)

.....

คุณสมบัติ 1. นักศึกษาที่ขอรับทุน ต้องอายุไม่เกิน 25 ปีและยังมิได้สมรส

2. บิดาหรือมารดา จะต้องเป็นศิษยาภิบาล (ศิษยาภิบาล หมายความว่า ศาสนาจารย์ หรือครูศาสนา ที่ทำงานเป็นศิษยาภิบาล ผู้ช่วยศิษยาภิบาล รองศิษยาภิบาล รักษาการศิษยาภิบาล ที่ดูแลสมาชิกผู้เชื่อ ณ คริสตจักรท้องถิ่น จุดประกาศ หมอวัดคริสเตียน หรือ ศาลาธรรม สังกัดสภาคริสตจักรในประเทศไทย และได้รับบัตรประจำตัวศิษยาภิบาล หรือหนังสือรับรองจากสำนักงานศิษยาภิบาล สภาคริสตจักรในประเทศไทย ออกให้เป็นสำคัญ แล้วแต่กรณี)

3. บุตรศิษยาภิบาล 1 คนต่อศิษยาภิบาล 1 คน ในกรณีที่สามีและภรรยาเป็นศิษยาภิบาลด้วยกันทั้งคู่ สามารถใช้สิทธิได้ 2 คน

**** หากบิดาหรือมารดาเป็นศิษยาภิบาลเพียงคนเดียว บุตรคนที่ 1 ได้ใช้สิทธิทุนบุตรศิษยาภิบาลไปแล้ว บุตรคนถัดไป จะไม่สามารถขอรับทุนฯได้อีก ถึงแม้ว่าบุตรคนที่ 1 จะสำเร็จการศึกษาแล้วก็ตาม****

ทุนการศึกษาที่จะได้รับ จะได้รับทุนค่าเล่าเรียน ภาคเรียนที่ 1 และ 2 ตามระเบียบมหาวิทยาลัยพายัพว่าด้วยค่าเล่าเรียนเท่านั้น บรรดาค่าบำรุง ค่าธรรมเนียม ค่าประกัน และค่าใช้จ่ายอื่นใดที่ไม่เป็นทุนการศึกษาตามหลักเกณฑ์นี้ บุตรศิษยาภิบาลต้องรับผิดชอบเองและจะได้รับทุนต่อเนื่อง ต้องมีเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร ไม่ต่ำกว่า 2.00 และจะต้องส่งหลักฐานการขอรับทุนต่อเนื่องเป็นประจำทุกปีการศึกษา ได้รับทุนการศึกษาตามระยะเวลาของหลักสูตร

เอกสารประกอบใบสมัคร

1. ใบสมัคร พร้อมติดรูปถ่ายนักศึกษามหาวิทยาลัยพายัพ
2. หนังสือรับรองจากสำนักงานศิษยาภิบาล พร้อมสำเนาบัตรผู้ลงนามในหนังสือรับรอง
3. สำเนาบัตรประจำตัวศิษยาภิบาล/ผู้ช่วยศิษยาภิบาล/รองศิษยาภิบาล/รักษาการศิษยาภิบาล (รับรองสำเนา)
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของนักศึกษาผู้ขอรับทุน (รับรองสำเนา)
5. ผลการเรียนพิมพ์จากระบบ e-registrar (นักศึกษารหัส 65 ลงไป)

ข้อมูลผู้ขอรับทุน :

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว..... อายุ.....ปี รหัสนักศึกษา.....

ชั้นปีที่.....สาขาวิชา.....วิทยาลัย/คณะ.....คะแนนเฉลี่ยสะสม.....

หมายเลขโทรศัพท์..... ID LINE : อาจารย์ที่ปรึกษา.....

พี่น้องร่วมบิดา มารดา รวมผู้ขอรับทุน มี.....คน ผู้ขอรับทุนเป็นคนที่..... พี่น้องกำลังศึกษาอยู่ (รวมผู้ขอรับทุน) มี.....คน คือ

คนที่	ชื่อ-สกุล	ชั้นปีที่	สถาบันการศึกษา

พี่น้องที่ประกอบอาชีพแล้ว/ว่างงาน รวม.....คน คือ

คนที่	ชื่อ - สกุล	สำเร็จการศึกษาจาก	เคยได้รับทุนบุตรศิษยาภิบาลหรือไม่
			<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย
			<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย
			<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย
			<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย

ข้อมูลศิษยาภิบาล

บิดา มารดา

ศจ. คศ. ศบ. (ชื่อ-สกุล) อายุ.....ปี

เป็น ศิษยาภิบาล ผู้ช่วยศิษยาภิบาล รองศิษยาภิบาล รักษาการศิษยาภิบาล

ประจำคริสตจักรจังหวัด.....สังกัดภาคที่.....

สถานที่ตั้งของคริสตจักร เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตรอก/ซอย ตำบล

อำเภอ จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ยื่นใบสมัครขอรับทุนการศึกษาได้ที่ งานทุนการศึกษา สำนักพัฒนานักศึกษา อาคารพันธกร ห้อง 103 โทร. 0-5385-1478-86 ต่อ 7832