

ประเภท “ทุนการศึกษาแก่บุตรศิษยาภิบาล” ปีการศึกษา 2566 (รายใหม่)

**คุณสมบัติ**

1. นักศึกษาที่ขอรับทุน ต้องอายุไม่เกิน 25 ปีและยังมิได้สมรส
  2. บิดาหรือมารดา จะต้องเป็นศิษยาภิบาล (ศิษยาภิบาล หมายความว่า ศาสนาจารย์ หรือครูศาสนา ที่ทำงานเป็นศิษยาภิบาล ผู้ช่วยศิษยาภิบาล รองศิษยาภิบาล รักษาการศิษยาภิบาล ที่ดูแลสมาชิกผู้เชื่อ ณ คริสตจักรท้องถิ่น จุดประกาศ หมวดคริสเตียน หรือศาลาธรรม สังกัดสภาคริสตจักรในประเทศไทย และได้รับบัตรประจำตัวศิษยาภิบาล หรือหนังสือรับรองจากสำนักงาน ศิษยาภิบาล สภาคริสตจักรในประเทศไทย ออกให้เป็นสำคัญ แล้วแต่กรณี)
  3. บุตรศิษยาภิบาล 1 คนต่อศิษยาภิบาล 1 คน ในกรณีที่สามีและภรรยาเป็นศิษยาภิบาลด้วยกันทั้งคู่ สามารถใช้สิทธิได้ 2 คน
- \*\* หากบิดาหรือมารดาเป็นศิษยาภิบาลเพียงคนเดียว บุตรคนที่ 1 ได้ใช้สิทธิทุนบุตรศิษยาภิบาลไปแล้ว บุตรคนถัดไป จะไม่สามารถขอรับทุนได้อีก ถึงแม้ว่าบุตรคนที่ 1 จะสำเร็จการศึกษาแล้วก็ตาม\*\***

**ทุนการศึกษาที่จะได้รับ**

จะได้รับทุนค่าเล่าเรียน ภาคเรียนที่ 1 และ 2 ตามระเบียบมหาวิทยาลัยพายัพว่าด้วยค่าเล่าเรียนเท่านั้น บรรดาค่าบำรุง ค่าธรรมเนียม ค่าประกัน และค่าใช้จ่ายอื่นใดที่ไม่เป็นทุนการศึกษาตามหลักเกณฑ์นี้ บุตรศิษยาภิบาล ต้องรับผิดชอบเองและจะได้รับทุนต่อเนื่อง ต้องมีเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร ไม่ต่ำกว่า 2.00 และจะต้องส่ง หลักฐานการขอรับทุนต่อเนื่องเป็นประจำทุกปีการศึกษา ได้รับทุนการศึกษาตามระยะเวลาของหลักสูตร

**เอกสารประกอบใบสมัคร**

1. ใบสมัคร พร้อมติดรูปถ่ายนักศึกษามหาวิทยาลัยพายัพ
2. หนังสือรับรองจากสำนักงานศิษยาภิบาล พร้อมสำเนาบัตรผู้ลงนามในหนังสือรับรอง
3. สำเนาบัตรประจำตัวศิษยาภิบาล/ผู้ช่วยศิษยาภิบาล/รองศิษยาภิบาล/รักษาการศิษยาภิบาล (รับรองสำเนา)
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของนักศึกษาผู้ขอรับทุน (รับรองสำเนา)
5. ผลการเรียนจากสถาบันเดิม (นักศึกษาใหม่รหัส 66)

**ข้อมูลผู้ขอรับทุน**

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว..... อายุ.....ปี รหัสนักศึกษา.....  
 ชั้นปีที่.....สาขาวิชา.....วิทยาลัย/คณะ.....คะแนนเฉลี่ยสะสม.....  
 หมายเลขโทรศัพท์..... ID LINE : ..... อาจารย์ที่ปรึกษา.....  
 สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 สำเร็จการศึกษาจาก.....จังหวัด.....เกรดเฉลี่ย.....  
 พี่น้องร่วมบิดา มารดา รวมผู้ขอรับทุน มี.....คน ผู้ขอรับทุนเป็นคนที่..... พี่น้องกำลังศึกษาอยู่ (รวมผู้ขอรับทุน) มี.....คน คือ

คนที่	ชื่อ-สกุล	ชั้นปีที่	สถาบันการศึกษา

พี่น้องที่ประกอบอาชีพแล้ว รวม.....คน คือ

คนที่	ชื่อ - สกุล	สำเร็จการศึกษาจาก

**ข้อมูลศิษยาภิบาล**

บิดา  มารดา

ศจ.  คศ.  ศบ. (ชื่อ-สกุล) ..... อายุ.....ปี

เป็น  ศิษยาภิบาล  ผู้ช่วยศิษยาภิบาล  รองศิษยาภิบาล  รักษาการศิษยาภิบาล

ประจำคริสตจักร .....จังหวัด.....สังกัดภาคที่.....

สถานที่ตั้งของคริสตจักร เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตรอก/ซอย ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

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