



## บันทึกข้อความ

รุกรการ ก.ศูนย์แพทยศาสตรชั้นคลินิก

เลขที่รับ..... 835

วันที่..... 23 ก.ค. 2569

เวลา..... 13:11 น.

ส่วนราชการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล โทร. ๔๙๐๑

ที่ นศ.๐๐๓๓.๑๐๒/๑๕๕

วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ขยายการรับสมัครนักเรียนเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ "เด็กไทย ใฝ่ดี" เพิ่มเติม

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบแสดงความประสงค์สมัครเข้าร่วมโครงการ "เด็กไทย ใฝ่ดี"

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ได้ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรที่มีบุตรหรือธิดาที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด สมัครเข้าร่วมโครงการ "เด็กไทย ใฝ่ดี" ระหว่างวันที่ ๒๖-๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๙ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โดยส่งใบสมัครกลับภายในวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๙ นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จึงขอขยายการรับสมัครเข้าร่วมโครงการ "เด็กไทย ใฝ่ดี" โดยมีคุณสมบัติเบื้องต้น ดังนี้

๑. กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๔ - ๖ ในปีการศึกษาปัจจุบัน

๒. เป็นบุตรหรือธิดาโดยชอบด้วยกฎหมายของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

๓. ไม่เคยเข้าร่วมโครงการ "เด็กไทย ใฝ่ดี" มาก่อน

๔. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการได้ตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ ทั้ง ๒ วัน ผู้ประสงค์สมัครสามารถยื่นใบสมัครได้ที่ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล ภายในวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ในวันและเวลาราชการ ทั้งนี้ หากมีผู้สมัครเกินกว่าจำนวนโควตาที่ได้รับ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จะพิจารณาคัดเลือกตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในกลุ่มงานทราบและสมัครเข้าร่วมโครงการ

(นางจันทรีจิรา กังอุบล)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ ๒

เรียน ผอ.ศูนย์แพทย์ฯ  
เพื่อโปรดทราบ/ประชาสัมพันธ์

(นางสาวจรรจิรา ชูศรี)  
23 กรกฎาคม 2569

ดำเนินการ / ประชาสัมพันธ์และนำลง website ศูนย์แพทย์

(นายเอกชัย สุริพานิช)

ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรชั้นคลินิก

ผู้ประสาน นายสุรเดช สมโรจน์รัตน์ โทร ๔๙๐๑

แบบแสดงความประสงค์สมัครเข้าร่วมโครงการ “เด็กไทย ใฝ่ดี”  
วันที่ 26 - 27 สิงหาคม 2569  
ณ ห้องประชุมยุคลพัฒน์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

1. คุณสมบัติผู้สมัคร

- กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 - 6 ในปีการศึกษาปัจจุบัน
- เป็นบุตรหรือธิดาโดยชอบด้วยกฎหมายของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
- ไม่เคยเข้าร่วมโครงการ “เด็กไทย ใฝ่ดี” มาก่อน
- มีความพร้อมและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการได้ตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ ครบทั้ง 2 วัน

2. ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ-สกุล (นักเรียน) .....  
วัน/เดือน/ปีเกิด ...../...../..... อายุ ..... ปี บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....  
ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
เบอร์โทรศัพท์.....

3. สถานศึกษา

โรงเรียน .....  
ระดับชั้น มัธยมศึกษาชั้นปีที่..... ห้อง .....

4. ข้อมูลผู้ปกครอง

ชื่อ-สกุล ..... ตำแหน่ง.....  
กลุ่มงาน.....  
ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

5. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

6. อาหาร ☐ ไทยพุทธ ☐ อาหารมุสลิม (ฮาลาล)

คำรับรอง

ข้าพเจ้าและผู้ปกครองขอรับรองว่า ข้อมูลที่กรอกในใบสมัครฉบับนี้เป็นความจริงทุกประการ หากภายหลังตรวจสอบพบว่าการให้ข้อมูลอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อเท็จจริง คณะกรรมการโครงการสามารถพิจารณาตัดสิทธิ์การเข้าร่วมโครงการได้ อีกทั้ง ข้าพเจ้าและผู้ปกครองยินยอมให้คณะผู้จัดโครงการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อการดำเนินงานของโครงการ รวมถึงการบันทึกภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเผยแพร่เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการ โดยไม่แสวงหาผลกำไร

ลงชื่อผู้สมัคร .....  
(.....)  
วันที่ ...../...../.....

ลงชื่อผู้ปกครอง ..... ผู้รับรองข้อมูล  
(.....)  
วันที่ ...../...../.....

หมายเหตุ ส่งใบสมัคร ที่นายสุรเดช สมโรจน์รัตน์ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล ภายในวันที่ 27 กรกฎาคม 2569