



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานการเงิน โรงพยาบาลลำพูน โทร. ๗๙๑๑๘

ที่ ลพ ๐๐๓๓.๒/๑๕๖

วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ประกาศโครงการมอบทุนการศึกษา “จากใจพี่ให้น้อง” แก่บุตร-ธิดาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน
ประจำปี ๒๕๖๙

เรียน หัวหน้ากลุ่มภารกิจทุกกลุ่มภารกิจ

เนื่องในโอกาสครบรอบ ๗๒ ปี วันสถาปนาโรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลลำพูนกำหนดจัดโครงการมอบทุนการศึกษา “จากใจพี่ให้น้อง” แก่บุตรเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน ในวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๙ จำนวน ๗๒ ทุน แบ่งเป็น ๔ ระดับ ได้แก่ ระดับอนุบาล ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับอุดมศึกษา โดยได้กำหนดเงื่อนไข และหลักเกณฑ์การให้ทุนการศึกษาตามรายละเอียดประกาศที่แนบ

ในการนี้ โรงพยาบาลลำพูน จึงขอส่งประกาศเรื่อง โครงการมอบทุนการศึกษา “จากใจพี่ให้น้อง” แก่บุตรเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน ประจำปี ๒๕๖๙ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานรับทราบ โดยผู้ที่มีคุณสมบัติตามประกาศฯ สามารถยื่นขอรับทุนการศึกษาได้ระหว่างวันที่ ๔-๖ มิถุนายน ๒๕๖๙ ณ กลุ่มงานการเงิน ชั้นที่ ๓ อาคาร ๑๐๐ ปีสาธารณสุขไทย ชั้นที่ ๓ ระหว่างเวลา ๑๔.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ตามประกาศและใบสมัครที่แนบพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบโดยทั่วกัน

(นางลดาพรรณ หาญไพโรจน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน



ประกาศโรงพยาบาลลำพูน
เรื่อง การมอบทุนการศึกษาแก่บุตร-ธิดาเจ้าหน้าที่ เนื่องในโอกาสครบรอบ ๗๒ ปี
วันสถาปนาโรงพยาบาลลำพูน

.....

ด้วยในวันที่ ๒๔ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๙ เป็นวันครบรอบ ๗๒ ปี วันสถาปนาโรงพยาบาลลำพูน ทางโรงพยาบาลลำพูนมีความยินดีที่จะมอบทุนการศึกษา “จากใจพี่ให้น้อง” แก่บุตร - ธิดา ของเจ้าหน้าที่ในสังกัดโรงพยาบาลลำพูน จึงประกาศรับลงทะเบียนผู้ที่มีความประสงค์จะขอรับทุน โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑. ประเภททุนการศึกษา แบ่งตามระดับการศึกษา ดังนี้

๑.๑ ระดับอุดมศึกษา (ปริญญาตรี) หรือเทียบเท่า	ทุนละ ๑,๕๐๐ บาท
๑.๒ ระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	ทุนละ ๑,๐๐๐ บาท
๑.๓ ระดับประถมศึกษา	ทุนละ ๗๐๐ บาท
๑.๔ ระดับอนุบาล	ทุนละ ๕๐๐ บาท

ข้อ ๒. คุณสมบัติของผู้รับทุนการศึกษา

๒.๑ มีสถานภาพเป็นนักเรียนหรือนักศึกษาและไม่อยู่ในระหว่างการลาพักการเรียนหรือพักการศึกษา

๒.๒ เป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน

๒.๓ บิดาหรือมารดาผู้ยื่นขอรับทุน ต้องมีเงินเดือนไม่เกินเดือนละ ๑๕,๐๐๐ บาท และเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน ไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ก่อนวันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙

ข้อ ๓ การขอรับทุน

๓.๑ วันเวลาและสถานที่ขอรับทุน

ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน ที่ประสงค์จะขอรับทุนการศึกษาให้แก่บุตร ยื่นขอรับทุนได้ที่ กลุ่มงานการเงิน อาคาร ๑๐๐ ปี ชั้น ๓ โรงพยาบาลลำพูน ตั้งแต่วันที่ ๔-๖ มิถุนายน ๒๕๖๙ เวลา ๑๔.๐๐ -๑๖.๐๐ น.

๓.๒ หลักฐานที่ต้องยื่นพร้อมแบบขอรับทุน

- หลักฐานที่แสดงสถานภาพการเป็นนักเรียนหรือนักศึกษาในปีการศึกษา ๒๕๖๙
- สำเนาทะเบียนบ้านของบิดาหรือมารดาผู้ยื่นขอรับทุน และผู้รับทุน
- สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ผู้ยื่นขอรับทุน

ทั้งนี้ ในสำเนาหลักฐานทุกฉบับให้ผู้ยื่นขอรับทุนเขียนคำรับรองสำเนาถูกต้องและลง

ชื่อกำกับไว้ด้วย

ข้อ ๔ เงื่อนไขในการขอรับทุน

เจ้าหน้าที่ผู้ยื่นขอรับทุนสามารถใช้สิทธิในการขอรับทุนได้ ๑ ครั้งต่อ ๑ ทุน และผู้ยื่นขอรับทุนจะต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองว่าตนเองและบุตรว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามประกาศจริงและจะต้องกรอกรายเอียดต่างใน ในแบบขอรับทุน พร้อมทั้งยื่นหลักฐานในการขอรับทุนให้ถูกต้องครบถ้วน ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้ยื่นขอรับทุนไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ อันมีผลทำให้ผู้ขอรับทุนไม่สิทธิตามประกาศดังกล่าว ให้ถือว่า การขอรับทุนครั้งนี้เป็นโมฆะสำหรับผู้ยื่น

ข้อ ๕. การประกาศ...

ข้อ ๕ การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับทุนการศึกษา

โรงพยาบาลลำพูนจะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับทุน ในวันที่ ๑๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๙ ทาง www.Lpnh.go.th และบอร์ดประชาสัมพันธ์ ชั้น ๓ อาคาร ๑๐๐ ปีการสาธารณสุขไทย โรงพยาบาลลำพูน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙



(นางลดาพรรณ หาญไพโรจน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา “จากใจพี่ให้น้อง” แก่บุตร-ธิดาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน
ประจำปี ๒๕๖๙

.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

๑. ประวัติผู้ขอรับทุน

ชื่อ - สกุล เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

อายุ.....ปี ปัจจุบันกำลังศึกษาอยู่ที่ (ชื่อสถานศึกษา).....

ระดับ.....ชั้นปีที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

๒. ประวัติครอบครัว

ชื่อ - สกุล บิดา นาย.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

ตำแหน่ง.....บรรจุเข้าทำงาน วันที่.....อายุงาน.....ปี

อยู่หน่วยงาน.....มีอัตราเงินเดือน.....บาท

() เบิกค่าเล่าเรียนจากราชการ , รัฐวิสาหกิจได้ () เบิกค่าเล่าเรียนจากราชการ , รัฐวิสาหกิจไม่ได้

ชื่อ - สกุล มารดา นาง.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

ตำแหน่ง.....บรรจุเข้าทำงาน วันที่.....อายุงาน.....ปี

อยู่หน่วยงาน.....มีอัตราเงินเดือน.....บาท

() เบิกค่าเล่าเรียนจากราชการ , รัฐวิสาหกิจได้ () เบิกค่าเล่าเรียนจากราชการ , รัฐวิสาหกิจไม่ได้

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัครขอรับทุน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง (เจ้าหน้าที่ ร.พ.ลำพูน)

(.....)

เอกสารประกอบใบสมัคร

๑. ใบสมัครตามที่โรงพยาบาลลำพูนกำหนด
๒. หลักฐานที่แสดงว่าเป็นนักเรียนหรือนักศึกษาพร้อมระดับการศึกษา
๓. สำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูนและผู้ขอรับทุน จำนวน ๑ ชุด
๔. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน จำนวน ๑ ชุด

หมายเหตุ

๑. ให้รับรองสำเนาถูกต้องเอกสารประกอบการสมัครทุกฉบับ
๒. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูนสามารถขอรับทุนได้ ครอบครัวละ ๑ ทุน