

4.3 เป็นผู้ที่มีความสนใจที่จะศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาวิชาคณิตศาสตร์ เคมี ชีววิทยา พุทธศาสตร์ หรือ ฟิสิกส์ (ยกเว้นสาขาเทคโนโลยีชีวภาพ) ณ คณะวิทยาศาสตร์ (วิทยาเขตพญาไท) รวมทั้ง มีความมุ่งมั่นที่จะศึกษาจนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกในสาขาที่โครงการทุน พสวท. เห็นชอบ

4.4 ได้ศึกษารายละเอียดของทุนในโครงการทุน พสวท. เป็นอย่างดีก่อนสมัคร และยินยอมปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ ของทุน

5. เอกสารอื่นๆ ที่ส่วนงานต้องการเพิ่มเติมนอกเหนือเอกสารประกอบการสมัคร

5.1 เอกสารที่ต้องอัปโหลดขึ้นระบบการรับสมัคร ได้แก่ ใบ มมวท-04 ใบแสดงผลการตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี

5.2 เอกสารที่ต้องนำมาในวันสัมภาษณ์ ได้แก่

5.2.1 ใบ มมวท-04 ใบแสดงผลการตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี (ตัวจริง)

5.2.2 ผลงานวิชาการ (Portfolio) (ถ้ามี / ไม่บังคับ)

6. การให้ทุน

ทุนพัฒนาและส่งเสริมผู้มีความสามารถพิเศษทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (ทุน พสวท.)

โครงการ พสวท. เป็นโครงการสนับสนุนทุนการศึกษาของสถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.) ที่ให้ทุนการศึกษาแก่ผู้มีความสามารถพิเศษทางคณิตศาสตร์/วิทยาศาสตร์บริสุทธิ์ และวิทยาศาสตร์สาขาขาดแคลน ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี ปริญญาโท จนถึงปริญญาเอก ทั้งในและต่างประเทศ สำหรับผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษาวิทยาศาสตร์ในโครงการ พสวท. ระดับปริญญาตรี ศูนย์มหาวิทยาลัยมหิดล จะต้องทำสัญญารับทุนของ สสวท. และไม่เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาอื่นใดหลังการทำสัญญาแล้ว

6.1 การให้ทุนการศึกษา

ทุนโครงการ พสวท. ระดับปริญญาตรี	จำนวนเงิน (บาท)
ทุนการศึกษา	87,600 บาท/ปี
ค่าหน่วยกิตและค่าธรรมเนียมการศึกษา	ตามจ่ายจริง
ค่าหนังสือประกอบการเรียน	5,000 บาท /ปี
ค่าโครงการวิจัย ตลอดหลักสูตร	ไม่เกิน 10,000 บาท
ค่าเข้าร่วมการประชุมวิชาการ	ตามความเหมาะสม

6.2 นักศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมตั้งแต่ 3.25 ขึ้นไป มีสิทธิ์สมัครเรียนในหลักสูตรปริญญาโท (Distinction Program) ซึ่งเป็นหลักสูตรที่เน้นการทำวิจัย และการเรียนชั้นสูง เมื่อจบแล้วสามารถศึกษาต่อระดับปริญญาเอกได้โดยไม่ต้องเรียนผ่านปริญญาโท

6.3 นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโทชั้นปี 3 หรือ ปี 4 ที่มีคะแนน 3.50 ขึ้นไป จะมีสิทธิ์สมัครรับทุนไปศึกษาหรือทำวิจัยระยะสั้นในต่างประเทศ (3-6 เดือน) ทั้งนี้ เมื่อสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจะต้องศึกษาต่อระดับปริญญาเอกในสาขาที่ได้รับทุนไปต่างประเทศ

เงื่อนไขสำหรับผู้รับทุนโครงการ พสวท. ศูนย์มหาวิทยาลัยมหิดล

1) ผู้ผ่านการคัดเลือกที่ประสงค์รับทุนต้องยินยอมให้ตัดสิทธิ์การสมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยอื่นโดยสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (สอท.)

2) ผู้ผ่านการคัดเลือกที่ประสงค์รับทุนต้องทำสัญญารับการศึกษากับสถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.) และไม่เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาอื่นใดหลังการทำสัญญาแล้ว

3) นักศึกษาทุน พสวท. ระดับปริญญาตรี จะต้องได้ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมทุกภาคการศึกษาไม่ต่ำกว่า 3.00

4) ผู้รับทุนจะต้องศึกษาให้เต็มความสามารถจนจบการศึกษาในระดับปริญญาเอก โดยผู้ที่ออกจากโครงการก่อนสำเร็จการศึกษาหรือผู้ที่ไม่สามารถศึกษาภายในระยะเวลาที่อนุมัติจะต้องพ้นสภาพการเป็นนักศึกษาทุน และชดใช้เงินทุนตามเงื่อนไขสัญญาการรับทุน เว้นแต่ได้รับความเห็นชอบยกเว้นเงื่อนไขดังกล่าวจากคณะกรรมการ พสวท. ระดับอุดมศึกษา

5) ในระหว่างการรับทุนต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขและข้อผูกพันที่คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโครงการ พสวท. กำหนด

6) เมื่อจบการศึกษาให้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐเป็นระยะเวลา 1 เท่า ของระยะเวลาที่รับทุนภายในประเทศ และ 2 เท่าของระยะเวลาที่รับทุนศึกษาต่างประเทศ (ไม่เกิน 10 ปี)

7) นักศึกษาในทุนโครงการ พสวท. ที่จบปริญญาตรี มีสิทธิ์สมัครเข้ารับการคัดเลือกให้ไปศึกษาต่างประเทศในระดับปริญญาโท-เอก ซึ่งโครงการฯ จะประกาศให้ทราบเป็นประจำทุกปี

8) ศึกษาข้อมูลทุน พสวท. เพิ่มเติมได้ที่

8.1) ระเบียบทุน พสวท. โดย สสวท. <http://dpst.ipst.ac.th/index.php/features/คู่มือ>

8.2) โครงการทุน พสวท. ศูนย์มหาวิทยาลัยมหิดล 0 2201 5050 (วันและเวลาราชการ)



ใบแสดงผลการตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (นาย/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้.....สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี คณะวิทยาศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล ระบบ TCAS รอบที่.....โครงการ.....ปีการศึกษา.....

โดยปรากฏผลการตรวจดังนี้

1. ตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

ร่างกายสมบูรณ์ สามารถสมัครเข้าศึกษาได้

พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่.....

2. ผล X-ray ปอด.....

3. ผลการตรวจตา ตาบอดสี ตาไม่บอดสี

ผลการตรวจร่างกายโดย (นายแพทย์ / แพทย์หญิง).....

แพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

โทร.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ/...../.....

หมายเหตุ 1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

2. ตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น โดยใบผลการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 3 เดือนนับตั้งแต่วันที่ตรวจถึงวันสอบสัมภาษณ์