



มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
เลขที่ 1609
วันที่ - 7 ส.ย. 2564
เวลา 12.19

ที่ อว ๐๒๐๘.๓/ว ๕๘๙๓

ถึง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

ตามที่กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้ดำเนินโครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี เพื่อให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา และรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๓ ง วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปีการศึกษา ๒๕๖๑ (รายละเอียดตามเอกสารแนบ ๑)

เพื่อให้เป็นไปตามประกาศดังกล่าวกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม จึงใคร่ขอให้สถาบันอุดมศึกษาที่ประสงค์จะขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการดำเนินการ ดังนี้

๑. ประชาสัมพันธ์ให้นิสิต นักศึกษาพิการที่ประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนฯ ประจำภาคการศึกษาที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔ กรอกแบบแสดงความจำนงขอรับเงินอุดหนุนฯ (รายละเอียดตามเอกสารแนบ ๒)

๒. ตรวจสอบและจัดส่งรายชื่อ นิสิต นักศึกษาพิการระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรีที่มีความประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนฯ ประจำภาคการศึกษาที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔ พร้อมแนบเอกสารหลักฐานส่งกระทรวงการอุดมศึกษาฯ ดังนี้

๒.๑ แบบรับรองการตรวจสอบคุณสมบัติของสถาบันอุดมศึกษาที่ขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ ประจำภาคการศึกษา ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔ (รายละเอียดตามเอกสารแนบ ๓)

๒.๒ รายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัติฯ และจำนวนเงินที่ขอรับการสนับสนุนตามที่จ่ายจริงเท่ากับนักศึกษาทั่วไป (รายละเอียดตามเอกสารแนบ ๔)

๒.๓ ข้อมูลประจำตัวและหลักฐานแสดงความพิการที่สถาบันอุดมศึกษารับรองโดยสามารถพิมพ์ข้อมูลดังกล่าวได้ที่เว็บไซต์กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หัวข้อ “ตรวจสอบข้อมูลคนพิการ” http://ecard.dep.go.th/nep_personal_qr

(เป็นไปตามมาตรการอำนวยความสะดวกและลดภาระแก่ประชาชนโดยการไม่เรียกเก็บสำเนาเอกสารที่ทางราชการออกให้ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๑)

๒.๔ ใบเสร็จรับเงินประจำภาคการศึกษาที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔ ฉบับจริงเท่านั้น หากเป็นใบลงทะเบียนหรือใบแจ้งการชำระเงินให้นักศึกษาพิการลงลายมือชื่อในเอกสารด้วย

๒.๕ ประกาศสภามหาวิทยาลัย/สถาบัน เรื่องนโยบาย หลักเกณฑ์ วิธีการรับนักศึกษาพิการเข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔

๒.๖ เอกสารหลักฐานการรับทราบหลักสูตรของกระทรวงการอุดมศึกษาฯ (คณะ/สาขาวิชาที่นักศึกษาพิการศึกษาอยู่)

๒.๗ เอกสารหลักฐานการรับรองมาตรฐานและคุณภาพการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่เป็นปัจจุบัน

/๒.๘. ขอให้.....

ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ
เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา และรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการ
ในระดับอุดมศึกษา

โดยที่ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดอัตราและรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา ได้ใช้บังคับมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว จึงมีความจำเป็นต้องมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๒ (๔) แห่งพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๑ คณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา และรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดอัตราและรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษา ลงวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๕๓

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สถาบันอุดมศึกษา” หมายความว่า สถานศึกษาในระดับอุดมศึกษาทั้งของรัฐและเอกชน ตามกฎหมายเกี่ยวกับการจัดตั้งสถาบันอุดมศึกษานั้น

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา

“การอุดหนุน” หมายความว่า การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการ

ข้อ ๕ เพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ สถาบันอุดมศึกษาที่มีสิทธิได้รับการอุดหนุน ต้องเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่ได้รับคนพิการซึ่งมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เข้าศึกษาในหลักสูตรที่ไม่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และต้องเป็นการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการที่ยังไม่เคยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี

ในกรณีที่นิสิต นักศึกษาพิการย้ายสาขาวิชาหรือสถาบันอุดมศึกษาเกินกว่าสองครั้ง สถาบันอุดมศึกษาจะไม่ได้รับการอุดหนุนตามประกาศนี้

สำหรับนิสิต นักศึกษาพิการที่เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีพร้อมกันตั้งแต่สองสถาบันอุดมศึกษาขึ้นไป ให้สถาบันอุดมศึกษาที่ขอรับการอุดหนุนต่อสำนักงานก่อน มีสิทธิได้รับการอุดหนุนตามประกาศนี้ เพียงแห่งเดียว

(๑) ให้สภาสถาบันอุดมศึกษาออกข้อกำหนด นโยบาย หลักเกณฑ์และวิธีการรับนิสิต นักศึกษาพิการเข้าเรียนในสัดส่วนหรือจำนวนที่เหมาะสมเพื่อประกาศใช้ในแต่ละปีการศึกษา เช่น เป้าหมายจำนวนรับ หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการรับคนพิการเข้าศึกษาในสถาบัน ประเภทความพิการที่จะรับเข้าศึกษา คณะ สาขาวิชาที่จะเปิดรับ วิธีการคัดเลือก การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกรองรับ

(๒) ประมาณการจำนวนเงินและจำนวนนิสิต นักศึกษาพิการที่คาดว่าจะรับเข้าศึกษาในแต่ละปีการศึกษา เพื่อประกอบการจัดทำค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีถัดไป โดยรายงานต่อสำนักงาน ภายในเดือนกันยายนของทุกปี ทั้งนี้ การรับนักศึกษาต้องมีสัดส่วนหรือจำนวนที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงความพร้อมของสถาบัน ซึ่งไม่เกินแผนการรับที่กำหนดไว้ในเอกสารหลักสูตร (มคอ.๒) ตามที่ สภาสถาบันอุดมศึกษาอนุมัติหรือเห็นชอบ และสำนักงานรับทราบแล้ว

(๓) รายงานจำนวนเงินที่จะต้องเรียกเก็บและรายชื่อนิสิต นักศึกษาพิการที่รับเข้าศึกษา ในแต่ละภาคการศึกษาตามแบบที่เลขาธิการกำหนด พร้อมด้วยระเบียบ ข้อบังคับ หรือประกาศของ สถาบันอุดมศึกษาที่ใช้บังคับในภาคการศึกษานั้น โดยรายงานต่อสำนักงานเพื่อประกอบการเบิกจ่าย งบประมาณ ทั้งนี้ ภายในเดือนตุลาคมและมีนาคมของทุกปี

ข้อ ๑๐ ให้สถาบันอุดมศึกษาแต่ละแห่งรายงานข้อมูลเกี่ยวกับผลการศึกษาของนิสิต นักศึกษา พิการต่อสำนักงานตามแบบที่เลขาธิการกำหนด อย่างน้อยปีละครั้ง ทั้งนี้ ภายในเดือนกันยายนของทุกปี เพื่อรายงานต่อคณะกรรมการต่อไป

ข้อ ๑๑ เมื่อประกาศนี้ใช้บังคับแล้ว ให้สถาบันอุดมศึกษาที่รับนิสิต นักศึกษาพิการซึ่งมีบัตร ประจำตัวคนพิการเข้าศึกษา ดำเนินการตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดอัตราและรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการในระดับอุดมศึกษาไปพลางก่อน และให้เริ่มต้นได้รับการอุดหนุนตามประกาศนี้ ตั้งแต่ปีการศึกษา ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐

ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ

ประธานกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ



แบบแสดงความจำนงขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ
ในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษาที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔

(โปรดกรอกข้อความด้วยลายมือบรรจง)

ประวัติส่วนตัว

๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ..... ปี
๓. ศึกษาอยู่ มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....
คณะ.....สาขา.....ชั้นปีที่.....
ชื่อหลักสูตร (เช่น วท.บ., วศ.บ., ศศ.บ. เป็นต้น).....
เริ่มรับเงินอุดหนุนทางการศึกษา ตั้งแต่ภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....จำนวนปีของหลักสูตรที่ศึกษา.....ปี
๔. บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....วัน/เดือน/ปี ที่หมดอายุ.....
๕. บัตรประจำตัวคนพิการเลขที่.....วัน/เดือน/ปี ที่หมดอายุ.....
ประเภทความพิการ.....
๖. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....Email.....
๗. เคยได้รับเงินอุดหนุนโครงการนี้จากสถาบันอุดมศึกษาอื่นหรือไม่
 เคย จาก..... ไม่เคย

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า

๑. การขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการในครั้งนี้ เป็นการศึกษ
ในหลักสูตรที่ไม่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และข้าพเจ้ายังไม่เคยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีมาก่อน
 ๒. ข้าพเจ้าไม่เคยย้ายคณะ/สาขาวิชาหรือสถาบันอุดมศึกษาเกินกว่า ๒ ครั้ง
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อรับรองนักศึกษาโดยผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษา
หรือระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงความจำนง
(.....)
ลงวันที่.....

- หมายเหตุ**
๑. ให้นักศึกษาพิการเป็นผู้ลงลายมือชื่อด้วยตนเองเท่านั้น การปลอมแปลงลายมือชื่อถือเป็นความผิดทางอาญา หากสำนักงานฯ ตรวจพบจะดำเนินการทางกฎหมายและเพิกถอนการเข้าร่วมโครงการฯ
 ๒. ผู้รับรองต้องมีตำแหน่งในระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป
 ๓. มหาวิทยาลัยต้องเป็นผู้ดำเนินการจัดพิมพ์ข้อมูลประจำตัวและหลักฐานแสดงความพิการ จากเว็บไซต์กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการหัวข้อ “ตรวจสอบข้อมูลคนพิการ” www.dep.go.th และลงลายมือชื่อรับรองเอกสาร





แบบรับรองการตรวจสอบคุณสมบัติของสถาบันอุดมศึกษาที่ขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษาที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔

ชื่อสถาบัน.....

สถาบันอุดมศึกษาได้มอบหมายให้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....เป็นผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาในการ
ให้คำรับรองเรื่องการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ โดยขอให้คำ
รับรองว่า

๑. สถาบันอุดมศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของนักศึกษาพิการทุกคนที่ขอรับ
การสนับสนุนเงินอุดหนุนฯ ว่า เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการศึกษา
สำหรับคนพิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา และรายการที่ให้การอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับคนพิการ
ในระดับอุดมศึกษา ดังนี้

๑.๑ เป็นคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนพิการ

๑.๒ ศึกษาอยู่ในสถาบันอุดมศึกษาในหลักสูตรที่ไม่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และไม่เคยย้าย
คณะ/สาขาวิชา หรือสถาบันอุดมศึกษาเกินกว่า ๒ ครั้ง

๑.๓ ไม่เคยได้รับการอุดหนุนทางการศึกษาตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการจัด
การศึกษาสำหรับคนพิการ และยังไม่เคยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีมาก่อน

๒. สถาบันอุดมศึกษามีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะได้รับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประกอบด้วย

๒.๑ มีประกาศสภาสถาบันอุดมศึกษาประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ เกี่ยวกับข้อกำหนด
นโยบาย หลักเกณฑ์และวิธีการรับนิสิตนักศึกษาพิการเข้าเรียนในสัดส่วนหรือจำนวน
ที่เหมาะสม

๒.๒ หลักสูตร สาขาวิชาที่นักศึกษาพิการศึกษาอยู่ต้องมีมาตรฐานตามที่กระทรวงศึกษาธิการ
กำหนด และต้องผ่านการรับทราบหลักสูตรจากกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์
วิจัยและนวัตกรรม รวมถึงเปิดการเรียนการสอนมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งปีการศึกษา

๒.๓ มีบุคลากรและระบบสนับสนุนให้นิสิต นักศึกษาพิการศึกษาเล่าเรียนอย่างมีคุณภาพ

ทั้งนี้ ขอรับรองว่าสถาบันอุดมศึกษามีคุณสมบัติครบถ้วนตามรายการที่ระบุข้างต้น
หากสำนักงานฯ ตรวจสอบพบว่า สถาบันอุดมศึกษาขาดคุณสมบัติดังกล่าว สถาบันอุดมศึกษายินยอมขอใช้เงิน
อุดหนุนคืนทั้งหมดและให้สำนักงานฯ เพิกถอนการให้การอุดหนุนทางการศึกษาโดยสถาบันอุดมศึกษาจะไม่
เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากนักศึกษาพิการตลอดหลักสูตร เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดการศึกษา
สำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๑

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องมีตำแหน่งในระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป

รายละเอียดค่าใช้จ่ายโครงการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษาที่ ๑
ปีการศึกษา ๒๕๖๔

มหาวิทยาลัย.....

นิสิตนักศึกษาพิการที่มีคุณสมบัติตรงตามหลักเกณฑ์ในการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษา
สำหรับนิสิต นักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี จำนวน.....คน รวมเป็นเงิน
ทั้งสิ้น.....บาท ได้แก่

| ที่ | ชื่อ - สกุล | คณะ/สาขา/ชั้นปี | ประเภทความพิการ | รายการค่าใช้จ่าย | จำนวนเงิน (บาท) | รวมจำนวนเงินที่อนุมัติ |
|---|-------------|-----------------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------------|
| ๑ | | | | ค่าหน่วยกิต | | |
| | | | | ค่าบำรุงการศึกษา | | |
| | | | | ค่าธรรมเนียมการศึกษา | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| รวมค่าใช้จ่ายเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ ประจำปีการศึกษาที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔ | | | | | | |

หมายเหตุ

๑. รายการค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการอุดหนุนทางการศึกษา

- ค่าปรับ
- ค่าประกันอุบัติเหตุ
- ค่าประกันของเสียหาย
- ค่าประกันชีวิต
- ค่าหอพัก
- ค่าสาธารณูปโภค
- ค่าเสื้อผ้า/ค่าชุดกีฬา/ค่าของใช้ส่วนตัว

ฯลฯ

๒. ให้จัดทำข้อมูลตามแบบฟอร์มข้างต้นโดยใช้โปรแกรม Microsoft Office Word หรือ Excel เท่านั้น และจัดส่งมายังสำนักงานฯ ผ่านทาง E-mail ดังนี้

มหาวิทยาลัยรัฐ, มหาวิทยาลัยราชภัฏ, มหาวิทยาลัยราชวมงคล เอกชน และวิทยาลัยชุมชน

E-mail : welfarestudent2561@gmail.com

แบบฟอร์มการรายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัติสถาบันอุดมศึกษาที่ประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ
ประจำภาคการศึกษาที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔

มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....

| ที่ | คณะ/สาขาวิชา ที่นิสิตนักศึกษาพิการศึกษาอยู่ | การรับทราบ หลักฐานจาก สกอ. (รับทราบเมื่อวันที่) | ประกาศสภามหาวิทยาลัย | | ผลการรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพ การศึกษา* | | |
|-----|--|---|--|----|---|------|---------|
| | | | เรื่องนโยบายหลักเกณฑ์การรับคนพิการเข้าศึกษา ปี ๒๕๖๔* | มี | ไม่มี | ผ่าน | ไม่ผ่าน |
| ๑ | คณะ..... สาขา..... | | | | | | |
| ๒ | คณะ..... สาขา..... | | | | | | |
| ๓ | คณะ..... สาขา..... | | | | | | |
| ๔ | คณะ..... สาขา..... | | | | | | |
| ๕ | คณะ..... สาขา..... | | | | | | |

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ * ให้แนบเอกสารหลักฐานประกอบ

กรณีที่มีจำนวนคณะ/สาขาวิชามาก ให้ขยายแบบฟอร์มเพิ่มเติมได้

แบบคำขอรับเงินอุดหนุนทั่วไปผ่านธนาคาร

เรียน ผู้อำนวยการกองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ข้าพเจ้า (หน่วยงาน).....
 มีสำนักงานอยู่เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์..... โทรสาร..... เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....
 โดย (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ ระบุ.....).
 ผู้มีอำนาจลงนามปรากฏตามหนังสือที่..... ลงวันที่.....
 และมีหนังสือมอบอำนาจลงวันที่.....

มีความประสงค์ให้ สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สป.อว.)
 โอนเงินอุดหนุนทั่วไป ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....
 โครงการ.....
 จำนวนเงิน.....บาท ตัวอักษร.....
 ตามสัญญา/บันทึกข้อตกลง/อื่นๆ ระบุ.....
 เลขที่..... ลงวันที่.....
 เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขา.....
 ชื่อบัญชี..... ประเภทบัญชี.....
 เลขที่บัญชี..... ทั้งนี้ หากมีค่าธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายอื่นที่ธนาคารเรียกเก็บ
 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบค่าธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายดังกล่าว และพร้อมที่จะจัดส่งใบเสร็จรับเงินให้ สป.อว. ภายใน 15 วัน
 นับแต่วันที่ได้รับโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร โดย สป.อว. สามารถประสานงานกับ (นาย/นาง/นางสาว/
 อื่นๆ ระบุ.....). โทรศัพท์.....
 โทรสาร.....ในกรณีพบปัญหาเกี่ยวกับการโอนเงิน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(หัวหน้าหน่วยงาน/ผู้รับมอบอำนาจ)

