

ประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เรื่อง โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา
เข้าศึกษาระดับปริญญาตรี ในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2570 (รอบที่ 1/2)

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์จะเปิดรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา ประจำปีการศึกษา 2570 รอบที่ 1/2 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. คุณสมบัติทั่วไปของผู้สมัคร

1.1 มีสัญชาติไทย

1.2 เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อยและเหมาะสมในการเข้าศึกษาภายใต้แผนการศึกษาพยาบาลเพื่อชุมชนของคณะพยาบาลศาสตร์ และมีหนังสือหรือเอกสารลงนามรับรอง จำนวน 1 ฉบับ จากผู้อำนวยการโรงเรียน

1.3 มนุษยสัมพันธ์ดี ปรับตัวได้ดี สุขภาพจิตดี และมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรค อาการของโรคหรือมีความพิการอื่นอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาการปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐ

1.4 ผู้สมัครและบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย ต้องมีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดสงขลาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 5 ปี จนถึงวันสุดท้ายของการรับสมัคร (หากบิดาหรือมารดาที่เป็นข้าราชการต้องโยกย้ายให้มีเอกสารยืนยันการโยกย้าย)

1.5 เป็นผู้มีประสบการณ์ผ่านการศึกษาดูงานในโรงพยาบาลของรัฐ อย่างน้อย 10 วัน และมีหนังสือหรือเอกสารลงนามรับรอง จำนวน 1 ฉบับ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

1.6 เป็นผู้ที่กำลังศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนเขตพื้นที่การศึกษาในจังหวัดสงขลา และจะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2569

1.7 เป็นผู้ที่ไม่มีโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคสำคัญที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและอาชีพ

1.8 เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย

1.9 เป็นผู้ที่มีผลการเรียน และคุณสมบัติเฉพาะไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ ที่คณะ/สาขาวิชากำหนดไว้

1.10 มีใบรับรองแพทย์ โดยใช้แบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นหลักฐานแสดงว่า

1) สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

2) ไม่เป็นตาบอดสีทั้งสองข้างอย่างรุนแรง

3) ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินแบบถาวรที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในวิชาชีพ

2. เกณฑ์คุณสมบัติทางการศึกษาของผู้มีสิทธิ์สมัคร และจำนวนรับ (ตามเอกสารแนบท้าย)

3. ปฏิทินดำเนินการคัดเลือก

<u>ส่วนที่ 1</u>

กำหนดการ	กิจกรรม
ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป	- ประชาสัมพันธ์การรับสมัคร
19 - 31 ตุลาคม 2569	- ดำเนินการรับสมัคร (โรงพยาบาล)
2 - 6 พฤศจิกายน 2569	- คณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกฯ (โรงพยาบาล)
9 พฤศจิกายน 2569	- ประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก (โรงพยาบาล)
10 - 11 พฤศจิกายน 2569	- ผู้สมัครเฉพาะผู้ผ่านการคัดเลือกโควตาโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ต้องเข้าไปกรอกข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ทาง QR CODE QR Code กรอกข้อมูล
	- ชำระเงินค่าสมัคร จำนวน 200 บาท โดยชำระผ่านQR CODE ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และไม่คืนเงินค่าสมัครให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Biller ID : 099400250109612 Ref.1 : 604 Ref.2 : 0000 200.00 บาท
12 พฤศจิกายน 2569	- ส่งใบสมัครให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
16 พฤศจิกายน 2569	- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ส่งใบสมัครให้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
26 พฤศจิกายน 2569	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th/nur/news_all.aspx
12 ธันวาคม 2569	สอบสัมภาษณ์
18 ธันวาคม 2569	ประกาศรายชื่อผู้ได้รับคัดเลือก ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th/nur/news_all.aspx
10 – 11 มีนาคม 2570	ยืนยันสิทธิ์ ผู้ได้รับคัดเลือกยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาในระบบ TCAS ทางเว็บไซต์ https://student.mytcas.com
12 มีนาคม 2570	สละสิทธิ์ ผู้ที่ได้ยืนยันสิทธิ์ หากประสงค์จะสละสิทธิ์เข้าศึกษาในระบบ TCAS ทางเว็บไซต์ https://student.mytcas.com
14 มีนาคม 2570 เวลา 16.30 น.	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ทางเว็บไซต์ https://admission.psu.ac.th
พฤษภาคม - มิถุนายน 2570	รายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา

4. เอกสารการสมัคร และการส่งเอกสารให้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้สมัครต้องตรวจคุณสมบัติทั่วไป (ตามข้อ 1) ของตนเอง หากปรากฏในภายหลังว่า ผู้สมัครขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลักฐานที่ใช้ประกอบการสมัครเป็นเท็จ จะถูกตัดสิทธิ์การเข้าศึกษา แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกได้เข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนักศึกษา และไม่คืนเงินค่าสมัครให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ

4.1 ใบสมัครโครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา (ตามเอกสารแนบท้าย)

4.2 ใบระเบียนแสดงผลการเรียน (ปพ.1) 5 ภาคการศึกษาต่อเนื่องกันในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายให้ครบถ้วน โดยแยกอัปโหลดเอกสารจำนวน 2 หน้า ได้แก่ ด้านหน้า จำนวน 1 หน้า และด้านหลัง จำนวน 1 หน้า โดยมีผู้บริหารโรงเรียนหรือ อาจารย์หัวหน้าฝ่ายทะเบียนเป็นผู้รับรองความถูกต้อง

4.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (เฉพาะด้านหน้า) หรือบัตรประจำตัวนักเรียน (ต้องมีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักประกอบด้วย)

4.4 ได้รับการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐฯ เป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน (มีใบรับรองจากโรงพยาบาลของรัฐเป็นหลักฐานประกอบการสมัคร) (ถ้ามี)

4.5 มีใบรับรองแพทย์ โดยใช้แบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งอยู่ท้ายประกาศ เป็นหลักฐานแสดงว่า

4.5.1 สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

4.5.2 ไม่เป็นตาบอดสีทั้งสองข้างอย่างรุนแรง

4.5.3 ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินแบบถาวรที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในวิชาชีพ

4.6 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล (ถ้ามี)

4.7 แฟ้มสะสมผลงาน Portfolio ต้องครอบคลุม ทั้ง 4 ด้าน คือ 1.ด้านผู้นำ/กิจกรรมการพัฒนานวัตกรรม 2.ด้านคุณธรรม 3.ด้านอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4.ด้านยาเสพติด

การจัดทำแฟ้มสะสมผลงาน ต้องผ่านระบบ TCASfolio พร้อมพิมพ์ออกมาแนบกับหลักฐาน ในข้อ 4

5. วิธีพิจารณาการคัดเลือก

5.1 มหาวิทยาลัย (โดยคณะ) จะตรวจสอบคุณสมบัติทั่วไป (ข้อ 1) และคุณสมบัติเฉพาะ (ข้อ 2) ของผู้สมัครในเบื้องต้นหากผู้ใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่คณะ/สาขาวิชา กำหนด จะไม่ได้รับการพิจารณาในขั้นตอนต่อไป

5.2 กรณีที่มีจำนวนผู้สมัครมากกว่าจำนวนที่ประกาศรับ คณะฯ จะคัดเลือกด้วยการจัดลำดับโดยพิจารณาจาก คะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX) และหลักฐานที่เป็นเอกสารอื่น ๆ ที่ผู้สมัครได้ยื่นเป็นหลักฐานประกอบการสอบสัมภาษณ์ ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการ

5.3 เมื่อผู้สมัครได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์แล้ว คณะกรรมการของคณะจะทำการสอบสัมภาษณ์ทดสอบความพร้อมทางการศึกษา และพิจารณาเอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

การพิจารณาตัดสินผลการคัดเลือกของคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถือเป็นที่สิ้นสุด

6. เงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

6.1 นักศึกษาต้องศึกษาและผ่านการวัดและประเมินผลรายวิชาต่าง ๆ ครบถ้วนตามหลักสูตร ข้อกำหนดและเงื่อนไขของสาขาวิชา และเป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

6.2 นักศึกษาต้องสอบผ่านภาษาอังกฤษตามมาตรฐานขั้นต่ำที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กำหนด

6.3 นักศึกษาจะต้องผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อพัฒนานักศึกษาตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

7. สถานที่ติดต่อสอบถาม

ชื่อผู้ประสานงาน คุณธัณยกานต์ แก้วพิบูลย์
ชื่อหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
เบอร์ติดต่อ 074 286450

ประกาศ ณ วันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2569

Digitally signed: 2026.08.29 13:45:26 +07:00

(รองศาสตราจารย์ ดร.เถกิง วงศ์ศิริโชติ)
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เกณฑ์คุณสมบัติทางการศึกษาของผู้มีสิทธิ์สมัคร และจำนวนรับ

คณะ/สาขาวิชา	จำนวนรับ (คน)	GPAX 5 ภาค	คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร					
			กลุ่มสาระ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี		กลุ่มสาระ คณิตศาสตร์		กลุ่มสาระ ภาษาต่างประเทศ	
			GPA	หน่วยกิต	GPA	หน่วยกิต	GPA	หน่วยกิต
คณะพยาบาลศาสตร์								
สาขาพยาบาลศาสตร์	16	2.75	2.75	21	2.75	12	3.00	7

สิทธิของผู้ผ่านการคัดเลือก

ผู้ได้รับการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการผลิตบัณฑิตเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ต้องเข้าศึกษาในชั้นเรียนเต็มเวลา ตามระเบียบการศึกษาของมหาวิทยาลัย โดยจะได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาจากพื้นที่ และได้รับการรับรองการจ้างงานในพื้นที่เมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษา และมีการรายงานผลการศึกษาให้กับคณะกรรมการการคัดเลือกนักเรียนของพื้นที่ทุกภาคการศึกษา



ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ใบสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา)
ภายใต้กลุ่มโครงการ Portfolio กลุ่มเป้าหมาย ประจำปีการศึกษา 2570

---

1. รายละเอียดผู้สมัคร

ชื่อ.....นามสกุล.....หมายเลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง.....

วัน/เดือน/ปี เกิด .....ระดับการศึกษา.....

โรงเรียน.....จังหวัด.....

2. ที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... ID Line.....

3. รายละเอียดการสมัคร ผู้สมัคร เลือกคณะ/สาขาวิชา ทั้งสิ้น **1** อันดับ ดังนี้

อันดับที่ 1 .....

รวมเป็นเงินค่าสมัครจำนวน..... (.....)

4. คุณสมบัติที่ใช้สมัครโครงการ

GPA สะสม (GPAX) .....

GPA กลุ่มสาระ ภาษาต่างประเทศ ..... คณิตศาสตร์ ..... วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี .....

หน่วยกิตกลุ่มสาระ ภาษาต่างประเทศ ..... คณิตศาสตร์ ..... วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี .....

5. เอกสารการสมัคร และการส่งเอกสารให้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ หลักฐานการสมัคร

☐ ใบสมัครโครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา

☐ ใบระเบียนแสดงผลการเรียน 5 ภาคการศึกษา

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (เฉพาะด้านหน้า) หรือบัตรประจำตัวนักเรียน (ต้องมีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ประกอบด้วย)

☐ แฟ้มสะสมผลงาน Portfolio ต้องครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1.ผู้นำ 2.คุณธรรม 3.อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4.ยาเสพติด (กรณีมีด้านส่วนร่วมในนวัตกรรม สามารถใส่เพิ่มเติมในหัวข้อ 1 ได้) **การจัดทำแฟ้มสะสมผลงานผ่านระบบ TCAS folio ปริ้นออกมาแนบกับหลักฐาน ในข้อ 4**

☐ ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย ใบรายงานการตรวจตาบอดสี รับรองโดยจักษุแพทย์ ใบรับรอง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก ตามแบบฟอร์มที่คณะกำหนด

☐ สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล (ถ้ามี)

☐ ใบรับรองการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาล เป็นเวลา 10 วัน (ถ้ามี)

☐ สำเนาการโอนเงินเข้าบัญชีคณะพยาบาลศาสตร์ ผ่านระบบ SCB BUSINESS NET

สำหรับผู้สมัคร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ปรากฏในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

สมัครผ่านระบบออนไลน์วันที่.....

ที่ .....



หนังสือรับรองการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....
โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....
ขอรับรองว่านาย/นางสาว.....ได้รับการฝึกช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ สำหรับผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2570 รวมระยะเวลา 10 วัน โดยได้รับประสบการณ์ดังนี้

- ❑ การฝึกช่วยปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยใน
- ❑ การฝึกช่วยปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยนอก
- ❑ การฝึกช่วยปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด
- ❑ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ: - หนังสือรับรองต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- สามารถใช้แบบฟอร์มหนังสือรับรองของหน่วยงาน หรือโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้ขอให้ระบุการมีประสบการณ์และระยะเวลาการฝึกช่วยปฏิบัติงานให้ชัดเจน

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2570

(ประทับตราโรงพยาบาล)

ชื่อ-สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

วัน เดือน ปีเกิด .....

โรงพยาบาลที่ตรวจ ..... จังหวัด .....

H.N. ..... วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ .....

I. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค/อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

มี	ไม่มี	อธิบายรายละเอียด
( )	( )	1. หอบหืด .....
( )	( )	2. ไอเป็นเลือด .....
( )	( )	3. วัณโรคปอด .....
( )	( )	4. ตัวเหลือง ตาเหลือง .....
( )	( )	5. เบาหวาน .....
( )	( )	6. ลมชัก/เป็นลมบ่อย .....
( )	( )	7. ปวดศีรษะ ไมเกรน .....
( )	( )	8. บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/กระดูกหัก/สมองได้รับการกระทบกระเทือน.....
( )	( )	9. ความบกพร่องของการได้ยิน/การมองเห็น.....
( )	( )	10. โรคผิวหนัง (ระบุ) .....
( )	( )	11. ภูมิแพ้ (ระบุ) .....
( )	( )	12. ใจสั่น/เจ็บหน้าอก/เหนื่อยง่าย .....
( )	( )	13. อาการเครียด/วิตกกังวล.....
( )	( )	14. ได้รับการผ่าตัด .....
( )	( )	15. ยาที่ใช้ประจำ (ระบุ).....
( )	( )	16. อื่น ๆ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

.....

(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

II. PHYSICAL EXAMINATION (to be filled in by physician)

Height.....cm. Blood Pressure...../.....mmHg.

Weight.....kg. Pulse Rate .....per min

HEENT.....

Chest.....

Abdomen.....

Back.....

Skin.....

Neuro.....

III. LABORATORY EXAMINATION (CHEST X-RAY)

FINDING.....

.....

.....

IV. ความเห็นแพทย์ (เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมของผู้รับการตรวจ ต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

.....

.....

Physician Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจตาบอดสี
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2570

(ประทับตราโรงพยาบาล)

ชื่อ-สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

วัน เดือน ปีเกิด .....

โรงพยาบาลที่ตรวจ ..... จังหวัด .....

H.N. ..... วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ .....

ความเห็นของจักษุแพทย์ (เกี่ยวกับตาบอดสีของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

( ) ไม่เป็นตาบอดสี

( ) มีตาบอดสี ระบุ.....ระดับเล็กน้อย.....ระดับปานกลาง.....ระดับรุนแรง

อื่น ๆ ระบุ.....

Physician Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ
- ใบรายงานผลการตรวจตาบอดสีที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นของจักษุแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
- สามารถตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐ/โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก ได้

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2570

(ประทับตราโรงพยาบาล)
ชื่อ-สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
วัน เดือน ปีเกิด .....
โรงพยาบาลที่ตรวจ ..... จังหวัด .....
H.N. ..... วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ .....

ความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก (เกี่ยวกับความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

( ) ไม่มีความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
( ) มีความบกพร่องของการได้ยิน (ระบุ).....

อื่น ๆ ระบุ.....

Physician Signature.....M.D.
(.....)
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ
- ใบรายงานผลการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรที่สมบูรณ์ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่ายและต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก ผู้ตรวจกำกับ
- สามารถตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐ/โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก ได้