

ประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี โครงการไนติงเกล

ภายใต้กลุ่มโครงการ Portfolio กลุ่มเป้าหมาย ประจำปีการศึกษา 2569 (รอบที่ 1/1)

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์จะเปิดรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี โครงการไนติงเกล ประจำปีการศึกษา 2568 รอบที่ 1/1 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. คุณสมบัติทั่วไปของผู้สมัคร

1.1 เป็นผู้ที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนเขตพื้นที่การศึกษาใน 14 จังหวัดภาคใต้ และ จะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2568

1.2 เป็นผู้ที่ไม่มีโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคสำคัญที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและอาชีพ

1.3 เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย

1.4 เป็นผู้ที่มีผลการเรียน และคุณสมบัติเฉพาะไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ ที่คณะ/สาขาวิชากำหนดไว้

1.5 ได้รับการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐฯ เป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน (มีใบรับรองจากโรงพยาบาลของรัฐเป็นหลักฐานประกอบการสมัคร) **(ถ้ามี)**

1.6 มีใบรับรองแพทย์ โดยใช้แบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นหลักฐานแสดงว่า

1) สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

2) ไม่เป็นตาบอดสีทั้งสองข้างอย่างรุนแรง

3) ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินแบบถาวรที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในวิชาชีพ

2. คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร และจำนวนรับ

คณะ/สาขาวิชา	จำนวนรับ (คน)	GPAX 4 ภาค	คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร										หมายเหตุ
			กลุ่มสาระวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี		กลุ่มสาระคณิตศาสตร์		กลุ่มสาระภาษาต่างประเทศ		กลุ่มสาระสังคมศึกษาฯ		กลุ่มสาระภาษาไทย		
			GPA	หน่วยกิต	GPA	หน่วยกิต	GPA	หน่วยกิต	GPA	หน่วยกิต	GPA	หน่วยกิต	
1. คณะพยาบาลศาสตร์													
รหัส 10401 สาขาพยาบาลศาสตร์	10	3.00	3.00	18	3.00	10	3.00	6	-	-	-	-	

เงื่อนไขการคงไว้ซึ่งสิทธิ์ที่ได้รับเมื่อเป็นนักศึกษาในโครงการไนติงเกล

1. นักศึกษาจะได้รับการยกเว้นค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์และค่าธรรมเนียมพิเศษโดยต้องมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ย ดังนี้
   - ชั้นปีที่ 1 - ปี 2 ต้องมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ยแต่ละภาคการศึกษาไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.50
   - ชั้นปีที่ 3 - ปี 4 ต้องมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ยแต่ละภาคการศึกษาไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.75

   หากภาคการศึกษาใดมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ยไม่เป็นไปที่กำหนดข้างต้นในชั้นปีนั้นๆ จะไม่ได้รับการยกเว้นค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์และค่าธรรมเนียมพิเศษตลอดไปจนจบการศึกษา
2. นักศึกษาจะต้องทำหรือเข้าร่วมกิจกรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ เช่น กิจกรรมเพื่อประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง หรือกิจกรรมด้านวิชาชีพพยาบาล
3. หากนักศึกษาต้องการโอนย้าย หรือลาออก นักศึกษาต้องชดใช้เงินค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์และค่าธรรมเนียมพิเศษ ตามจำนวนที่ได้รับการยกเว้น จึงจะสามารถโอนย้ายหรือลาออกได้

3. ปฏิทินดำเนินการคัดเลือก

วันที่	กิจกรรม
1 ตุลาคม - 25 ตุลาคม 2568	ผู้สมัครลงทะเบียนเพื่อขอชื่อผู้ใช้ (Username) และรหัสผ่าน (password) เข้าระบบทางเว็บไซต์ที่ https://e-admission.psu.ac.th
	รับสมัครออนไลน์ และแก้ไขข้อมูลการสมัคร ทางเว็บไซต์ที่ https://e-admission.psu.ac.th โดยระบบรับสมัครจะเปิดเวลา 09.00 น. และปิดระบบเวลา 23.00 น. ในวันที่สิ้นสุดการรับสมัคร
1 ตุลาคม - 26 ตุลาคม 2568	ชำระเงินค่าสมัคร จำนวน 200 บาท โดยการ Scan QR Code ผ่าน Mobile application ของธนาคารที่ปรากฏในหน้าชำระเงิน (ชำระเงินค่าสมัครให้เสร็จสิ้นไม่เกิน 23.59 น.) **หมายเหตุ** : ค่าธรรมเนียม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใดๆ
28 ตุลาคม 2568 เป็นต้นไป	ผู้สมัครทุกคนต้องไปสมัครลงทะเบียนและยืนยันตัวตนในระบบ TCAS ของสมาคม ทปอ. ทางเว็บไซต์ https://e-admission.psu.ac.th เพื่อใช้ในการยืนยันสิทธิ์
11 พฤศจิกายน 2568	ประกาศรายชื่อผู้ได้รับคัดเลือกเพื่อสอบสัมภาษณ์ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th/nur/news_all.aspx
15 พฤศจิกายน 2568	สอบสัมภาษณ์
21 พฤศจิกายน 2568	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสัมภาษณ์ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th/nur/news_all.aspx
6 - 7 กุมภาพันธ์ 2569	ผู้ผ่านการสัมภาษณ์ยืนยันสิทธิ์ในระบบ TCAS ทางเว็บไซต์ https://student.mytcas.com ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (สมาคม ทปอ.)
10 กุมภาพันธ์ 2569	มหาวิทยาลัยประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาทางเว็บไซต์ https://admission.psu.ac.th/
พฤษภาคม - มิถุนายน 2569	รายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาและชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา ติดตามรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ https://reg.psu.ac.th/

4. เอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร พร้อมอัปโหลดเอกสารเข้าระบบ (เรียงตามลำดับ)

4.1 ใบระเบียนแสดงผลการเรียน 4 ภาคการศึกษา

4.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (เฉพาะด้านหน้า) หรือบัตรประจำตัวนักเรียน (ต้องมีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักประกอบด้วย)

4.3 แฟ้มสะสมผลงาน Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) (ไม่รวมปกหน้า-หลัง,คำนำ และสารบัญ) ต้องครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1. มีความเป็นผู้นำ 2. เป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม 3. การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4. การป้องกันและรณรงค์สารเสพติด (กรณีมีด้านส่วนร่วมในนวัตกรรม สามารถใส่เพิ่มเติมในหัวข้อ 1 ได้) (แบบฟอร์มแฟ้มสะสมผลงานสามารถ downloadไ ด้ที่ https://admission.psu.ac.th/linkother/)

4.4 ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย ใบรายงานการตรวจตาบอดสี รับรองโดยจักษุแพทย์ ใบรับรองแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก ตามแบบฟอร์มที่คณะกำหนด สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่เว็บไซต์ https://entrance.psu.ac.th/form.html หรือจากเอกสารแนบท้ายประกาศฯ

4.5 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล (ถ้ามี)

หมายเหตุ ผู้สมัครจะต้อง Upload เอกสารการสมัครให้ครบถ้วน ถูกต้อง และชัดเจน รวมเป็นไฟล์เดียวกัน โดยบันทึกเป็นนามสกุล .pdf ขนาดไฟล์ไม่เกิน 25 MB แล้ว Upload เอกสารผ่านระบบที่เว็บไซต์ https://admission.psu.ac.th/ หากคณะฯ ไม่สามารถพิจารณาตรวจสอบเอกสารได้ ถือว่าการสมัครไม่สมบูรณ์

5. วิธีพิจารณาการคัดเลือก

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

5.2 กรณีที่มีจำนวนผู้สมัครมากกว่าจำนวนที่ประกาศรับ คณะฯ จะคัดเลือกด้วยการจัดลำดับโดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX) และหลักฐานที่เป็นเอกสารอื่นๆ ที่ผู้สมัครได้ยื่นเป็นหลักฐานประกอบการสอบสัมภาษณ์ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการ

5.3 เมื่อผู้สมัครได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์แล้ว คณะกรรมการของคณะจะทำการสอบสัมภาษณ์ทดสอบความพร้อมทางการศึกษา และพิจารณาเอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

การพิจารณาตัดสินผลการคัดเลือกของคณะกรรมการชุดต่างๆ ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถือเป็นที่สิ้นสุด

6. เงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

6.1 นักศึกษาต้องศึกษาและผ่านการวัดและประเมินผลรายวิชาต่าง ๆ ครบถ้วนตามหลักสูตร ข้อกำหนดและเงื่อนไขของสาขาวิชา และเป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

6.2 นักศึกษาต้องสอบผ่านภาษาอังกฤษตามมาตรฐานขั้นต่ำที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กำหนด

6.3 นักศึกษาจะต้องผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อพัฒนานักศึกษาตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

7. สถานที่ติดต่อสอบถาม

- ชื่อผู้ประสานงาน คุณธัญยกานต์ แก้วพิบูลย์
- ชื่อหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
- เบอร์ติดต่อ 074 286450

ประกาศ ณ วันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2568

Digitally signed: 2025.09.15 17:31:27 +07:00

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เถกิง วงศ์ศิริโชติ)
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่ .....



หนังสือรับรองการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....
โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....
ขอรับรองว่านาย/นางสาว.....ได้รับการฝึกช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ สำหรับผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (โครงการไนติงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2569 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

ที่ .....



หนังสือส่งรายชื่อนักเรียน
เพื่อสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการไนติงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2569

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
โรงเรียน/สถาบันการศึกษา.....จังหวัด.....
สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....
ขอส่งรายชื่อนักเรียนที่ประสงค์จะสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (โครงการไนติงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2569 ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1.นาย/นางสาว..... เลขประจำตัวนักเรียน.....
2.นาย/นางสาว..... เลขประจำตัวนักเรียน.....
3.นาย/นางสาว..... เลขประจำตัวนักเรียน.....
4.นาย/นางสาว..... เลขประจำตัวนักเรียน.....
5.นาย/นางสาว..... เลขประจำตัวนักเรียน.....
6.นาย/นางสาว..... เลขประจำตัวนักเรียน.....
7.นาย/นางสาว..... เลขประจำตัวนักเรียน.....
8.นาย/นางสาว..... เลขประจำตัวนักเรียน.....
9.นาย/นางสาว..... เลขประจำตัวนักเรียน.....
10.นาย/นางสาว..... เลขประจำตัวนักเรียน.....

ลงนาม .....
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : หนังสือส่งรายชื่อต้องมีตราประทับของโรงเรียนและลงนามรับรองโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน เช่น อาจารย์ใหญ่ ผู้อำนวยการโรงเรียน เป็นต้น

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการไนติงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2569

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

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. อื่นๆ	.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

.....

(.....)

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
(โครงการไนติงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2569

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

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 - ใบรายงานผลการตรวจตาบอดสี ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นของจักษุแพทย์ผู้ตรวจกำกับ

- สามารถตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐ/โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก ได้

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการไนติงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2569

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

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