



ประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การรับสมัครนักเรียนเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (โครงการโนติงเกล)
ภายใต้กลุ่มโครงการ Portfolio กลุ่มเป้าหมาย ประจำปีการศึกษา 2567 (รอบที่ 1/1)

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะเปิดรับสมัครนักเรียนเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (โครงการโนติงเกล) ภายใต้กลุ่มโครงการ Portfolio กลุ่มเป้าหมาย ประจำปีการศึกษา 2567 (รอบที่ 1/1) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คุณสมบัติของผู้สมัคร

1.1 คุณสมบัติทั่วไป

- 1.1.1 มีสัญชาติไทย
- 1.1.2 เป็นนักเรียนที่มีภูมิลำเนาใน 14 จังหวัดภาคใต้
- 1.1.3 เป็นผู้มีความประพฤติและมีประวัติการเรียนดี
- 1.1.4 ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

1.2 คุณสมบัติเฉพาะ

- 1.2.1 กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนเขตพื้นที่การศึกษาใน 14 จังหวัดภาคใต้ และจะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2566
- 1.2.2 มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) 4 ภาคการศึกษา (ตั้งแต่ภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึงภาคการศึกษาที่ 2 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5) ไม่ต่ำกว่า 3.00
- 1.2.3 มีผลการเรียน (GPA) ในกลุ่มสาระการเรียนรู้ ต่าง ๆ รวม 4 ภาคการศึกษา ดังนี้
 - กลุ่มสาระภาษาต่างประเทศ ไม่ต่ำกว่า 2.75 (ไม่น้อยกว่า 6 หน่วยกิต)
 - กลุ่มสาระคณิตศาสตร์ ไม่ต่ำกว่า 3.00 (ไม่น้อยกว่า 10 หน่วยกิต)
 - กลุ่มสาระวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ไม่ต่ำกว่า 3.00 (ไม่น้อยกว่า 18 หน่วยกิต)
- 1.2.4 มี Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเป็นผู้นำ 2) เป็นผู้มีความซื่อสัตย์สุจริต 3) การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4) การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ
- 1.2.5 ได้รับการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐ เป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน (มีใบรับรองจากโรงพยาบาลของรัฐเป็นหลักฐานประกอบการสมัคร) (ถ้ามี)
- 1.2.6 มีใบรับรองแพทย์ โดยใช้แบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นหลักฐานแสดงว่า
 - 1) สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
 - 2) ไม่เป็นตาบอดสีทั้งสองข้างอย่างรุนแรง
 - 3) ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินแบบถาวรที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในวิชาชีพ

2. จำนวนที่รับ 20 คน

3. การดำเนินการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะดำเนินการคัดเลือกเองโดยไม่ต้องสอบข้อเขียน

4. ปฏิทินดำเนินการ

กำหนดการ	กิจกรรม
1-30 ตุลาคม 2566	ลงทะเบียนเพื่อขอใช้ (User) และรหัสผ่าน (Password) เข้าระบบทางเว็บไซต์ https://e-admission.psu.ac.th ระบบจะปิดเวลา 23.00 น. ในวันที่สิ้นสุดการสมัคร - รับสมัคร และแก้ไขข้อมูลการสมัคร ผ่านระบบออนไลน์ที่ https://e-admission.psu.ac.th - Upload เอกสารการสมัคร ผ่านระบบทางเว็บไซต์ https://e-admission.psu.ac.th (เปิดระบบรับสมัคร เวลา 09.00 น. - ปิดระบบรับสมัคร เวลา 23.00 น. ของวันสุดท้ายของการรับสมัคร)
1-31 ตุลาคม 2566	ชำระเงินค่าสมัคร จำนวน 200 บาท โดยการ Scan QR Code ผ่าน Mobile application ของธนาคารที่ปรากฏในหน้าชำระเงินหรือชำระเงินผ่านจุดบริการ Counter service (7-Eleven) (ชำระเงินค่าสมัครให้เสร็จสิ้นไม่เกิน 23.59 น.)
28 ตุลาคม 2566	ผู้สมัครทุกคนต้องไปสมัครลงทะเบียนในระบบ TCAS ของสมาคม ทปอ. ทางเว็บไซต์ https://student.mytcas.com เพื่อยืนยันตัวตนและใช้ในการยืนยันสิทธิ์
10 พฤศจิกายน 2566	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ และรายละเอียดการสอบสัมภาษณ์ หากมีการเปลี่ยนแปลงการสอบสัมภาษณ์ จะประชาสัมพันธ์ให้ทราบทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th
14 พฤศจิกายน 2566	สอบสัมภาษณ์
21 พฤศจิกายน 2566	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสัมภาษณ์ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th
6 - 7 กุมภาพันธ์ 2567	ผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์และได้รับคัดเลือก ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาผ่านระบบ TCAS ทางเว็บไซต์ https://student.mytcas.com ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (สทปอ.)
13 กุมภาพันธ์ 2567	มหาวิทยาลัยประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ทางเว็บไซต์ https://admission.psu.ac.th
พฤษภาคม-มิถุนายน 2567	รายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา และชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา ติดตามรายละเอียดในเว็บไซต์ https://req.psu.ac.th ฝ่ายทะเบียนและประมวลผล

5. เอกสารการสมัคร และการส่งเอกสารให้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้สมัครต้องตรวจสอบคุณสมบัติทั่วไป (ตามข้อ 1.1) และคุณสมบัติเฉพาะ (ตามข้อ 1.2) ของตนเอง หากปรากฏในภายหลังว่า ผู้สมัครขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลักฐานที่ใช้ประกอบการสมัครเป็นเท็จ จะถูกตัดสิทธิ์การเข้าศึกษา แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกได้เข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนักศึกษา และไม่คืนเงินให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ

5.1 เอกสารการสมัคร

5.1.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

5.1.2 สำเนาหลักฐานการศึกษา/ใบประเมินผลการเรียน 4 ภาคการศึกษาต่อเนื่องกันในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีผู้บริหารโรงเรียนหรืออาจารย์หัวหน้าฝ่ายทะเบียนเป็นผู้รับรองความถูกต้อง

5.1.3 Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเป็นผู้นำ 2) เป็นผู้มีความรับผิดชอบ 3) การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4) การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ

5.1.4 ใบรับรองการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐ เป็นเวลา 10 วัน (ถ้ามี)

5.1.5 ใบรับรองแพทย์ ใบรับรองจักษุแพทย์ ใบรับรองแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก ตามแบบฟอร์มที่คณะพยาบาลศาสตร์กำหนด **ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่เว็บไซต์**

<https://entrance.psu.ac.th/form.html>

5.1.6 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)

5.2 การชำระเงินค่าสมัคร

ชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน 200 บาท/คน (ค่าธรรมเนียม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ)

หมายเหตุ

ผู้สมัครจะต้อง Upload เอกสารให้ครบถ้วน ถูกต้อง และชัดเจน รวมเป็นไฟล์เดียวกัน

โดยบันทึกเป็นนามสกุล .pdf ขนาดไฟล์ไม่เกิน 20 MB ก่อน แล้วอัปโหลดเอกสารผ่านระบบที่เว็บไซต์ <https://e-admission.psu.ac.th> ระหว่างวันที่ 1-30 ตุลาคม 2566

หากคณะฯ ไม่สามารถพิจารณาตรวจสอบเอกสารได้ถือว่าการสมัครไม่สมบูรณ์ โดยระบบจะปิดเวลา 23.00 น. ในวันที่สิ้นสุดการรับสมัคร

6. องค์ประกอบที่ใช้พิจารณาคัดเลือก

6.1 คุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร ตามข้อ 1.1 และข้อ 1.2

6.2 คะแนนสอบสัมภาษณ์และสอบเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล

7. วิธีพิจารณาคัดเลือก

7.1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะตรวจสอบคุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัครเบื้องต้น หากผู้ใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่คณะพยาบาลศาสตร์กำหนดจะถูกตัดสิทธิ์

7.2 เมื่อผู้สมัครผ่านการคัดเลือก (ตามข้อ 7.1) เป็นผู้ที่มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์แล้วจะทดสอบเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลจากนั้น คณะกรรมการสอบสัมภาษณ์จะประเมินผลการสอบสัมภาษณ์และตัดสินผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

การพิจารณาตัดสินผลการคัดเลือกของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถือเป็นขั้นสุดท้าย

8. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเบื้องต้น และมีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ และทดสอบเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล ในวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 ทางเว็บไซต์คณะฯ

<https://www.nur.psu.ac.th>

9. การสอบสัมภาษณ์

สอบสัมภาษณ์ ในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 จะแจ้งรายละเอียดการสอบสัมภาษณ์พร้อมการประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงการสอบสัมภาษณ์ จะประชาสัมพันธ์ให้ทราบทางเว็บไซต์คณะฯ <https://www.nur.psu.ac.th>

10. การประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์

ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์ ในวันที่ 21 พฤศจิกายน 2566 ทางเว็บไซต์ <https://www.nur.psu.ac.th>

11. การยืนยันใช้สิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผ่านระบบ TCAS

ผู้ที่ผ่านการสอบสัมภาษณ์และได้รับคัดเลือกเข้าศึกษา จะต้องยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา ในระหว่างวันที่ 6-7 กุมภาพันธ์ 2567 ผ่านระบบ TCAS (Thai university Central Admissions System) ทางเว็บไซต์ <https://student.mytcas.com> ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (สมาคม ทปอ.) มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

12. การสละสิทธิ์เข้าศึกษา

ผู้ที่ได้ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาภายใต้โครงการดังกล่าวแล้ว หากประสงค์จะสละสิทธิ์ ให้ดำเนินการสละสิทธิ์ในระบบ TCAS ตามช่วงเวลาทางสมาคม ทปอ. กำหนด

13. การประกาศรายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ในวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 ผ่านทางเว็บไซต์ <https://admission.psu.ac.th>

14. เงื่อนไขการคงไว้ซึ่งสิทธิ์ที่ได้รับเมื่อเป็นนักศึกษาในโครงการโนติงเกล

14.1 นักศึกษาจะได้รับการยกเว้นค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์และค่าธรรมเนียมพิเศษ โดยจะไม่ยกเว้นค่าธรรมเนียมพิเศษส่วนเพิ่ม ซึ่งพิจารณาจากประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเรียงตามลำดับดังนี้

ลำดับที่ 1-10 จะได้รับการยกเว้นค่าหน่วยกิตรายวิชา และค่าธรรมเนียมพิเศษ (เต็มจำนวน)

ลำดับที่ 11-20 จะได้รับการยกเว้นค่าหน่วยกิตรายวิชา และค่าธรรมเนียมพิเศษ (ร้อยละ 25)

ทั้งนี้ นักศึกษาทุกคนต้องมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ย ดังนี้

- ชั้นปีที่ 1-ปี 2 ต้องมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ยแต่ละภาคการศึกษา ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.50

- ชั้นปีที่ 3-ปี 4 ต้องมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ยแต่ละภาคการศึกษา ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.75

หากภาคการศึกษาใดมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ยไม่เป็นไปตามที่กำหนดข้างต้นในชั้นปีนั้น ๆ จะไม่ได้รับการยกเว้นค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์และค่าธรรมเนียมพิเศษตลอดไปจนจบการศึกษา

14.2 นักศึกษาจะต้องทำหรือเข้าร่วมกิจกรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ เช่น กิจกรรมเพื่อประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง หรือกิจกรรมด้านวิชาชีพพยาบาล

14.3 หากนักศึกษาต้องการโอนย้าย หรือลาออก นักศึกษาต้องชดใช้เงินค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์และค่าธรรมเนียมพิเศษ ตามจำนวนที่ได้รับการยกเว้น จึงจะสามารถโอนย้ายหรือลาออกได้

15. เงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

15.1 นักศึกษาต้องศึกษาและผ่านการวัดและประเมินผลรายวิชาต่าง ๆ ครบถ้วนตามหลักสูตรข้อกำหนดและเงื่อนไขของคณะพยาบาลศาสตร์ และเป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

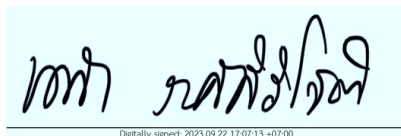
15.2 นักศึกษาต้องสอบผ่านภาษาอังกฤษตามมาตรฐานขั้นต่ำที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กำหนด

15.3 นักศึกษาต้องสอบผ่านประมวลความรู้ที่คณะพยาบาลศาสตร์จัดสอบ

16. การติดต่อสอบถามรายละเอียดโครงการ

ติดต่อได้ที่ คุณธัญกานต์ แก้วพิบูลย์ งานหลักสูตรปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โทรศัพท์ 074-286450

ประกาศ ณ วันที่ 20 กันยายน 2566



Dr. Ekking Wongkietichit

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกกิง วงศ์ศิริโชติ)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่



หนังสือรับรองการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....
โรงพยาบาล..... จังหวัด.....
สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....
ขอรับรองว่านาย/นางสาว.....ได้รับการฝึกช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเพื่อเสริมสร้าง
ประสบการณ์ สำหรับผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (โครงการในดิงเกล) คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2567 รวมระยะเวลา 10 วัน โดยได้รับ
ประสบการณ์ดังนี้

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

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ: - หนังสือรับรองต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- สามารถใช้แบบฟอร์มหนังสือรับรองของหน่วยงาน หรือโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้ขอให้ระบุ
การมีประสบการณ์และระยะเวลาการฝึกช่วยปฏิบัติงานให้ชัดเจน

ที่



หนังสือส่งรายชื่อนักเรียน
เพื่อสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการโนติงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2567

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
โรงเรียน/สถาบันการศึกษา.....จังหวัด.....
สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....

ขอส่งรายชื่อเรียนที่ประสงค์จะสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (โครงการโนติงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2567 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

รายงานการตรวจสอบสภาพร่างกาย
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการในดิงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2567

(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 และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษา แล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

.....
(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่เดือน.....พ.ศ.

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

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

Weight.....kg. Pulse Rateper min

HEENT.....

Chest.....

Abdomen.....

Back.....

Skin.....

Neuro.....

III. LABORATORY EXAMINATION (CHEST X-RAY)

FINDING.....

.....

.....

IV. ความเห็นแพทย์ (เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมของผู้รับการตรวจ ต่อการศึกษานามหาวิทยาลัย)

.....

.....

Physician Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ**
1. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
 2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจตาบอดสี
การดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการในดิงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2567

(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**
1. ใบรายงานผลการตรวจตาบอดสี ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นของจักษุแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
 2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอรับการตรวจตาบอดสีจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/หรือ โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
ในการดำเนินการคัดเลือนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการไนติงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2567

(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

1. ใบรายงานผลการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรที่สมบูรณ์ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่ายและต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้สมัครฯ ต้องไปขอรับการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง