



ประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี
โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา
ภายใต้กลุ่มโครงการ Portfolio กลุ่มเป้าหมาย ประจำปีการศึกษา 2569 (รอบที่ 1/2)

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์จะเปิดรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา ประจำปีการศึกษา 2569 รอบที่ 1/2 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. คุณสมบัติทั่วไปของผู้สมัคร

- 1.1 มีสัญชาติไทย
- 1.2 เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อยและเหมาะสมในการเข้าศึกษาภายใต้แผนการศึกษายาบาลเพื่อชุมชนของคณะพยาบาลศาสตร์ และมีหนังสือหรือเอกสารลงนามรับรอง จำนวน 1 ฉบับ จากผู้อำนวยการโรงเรียน
- 1.3 มนุษย์สัมพันธ์ดี ปรับตัวได้ดี สุขภาพจิตดี และมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรค อาการของโรค หรือมีความพิการอื่นอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐ
- 1.4 ผู้สมัครและบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย ต้องมีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดสงขลาต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 5 ปี จนถึงวันสุดท้ายของการรับสมัคร (หากบิดาหรือมารดาที่เป็นข้าราชการต้องโยกย้ายให้มีเอกสารยืนยันการโยกย้าย)
- 1.5 เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ผ่านการศึกษาดูงานในโรงพยาบาลของรัฐ อย่างน้อย 10 วัน และมีหนังสือหรือเอกสารลงนามรับรอง จำนวน 1 ฉบับ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- 1.6 เป็นผู้ที่กำลังศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนเขตพื้นที่การศึกษาในจังหวัดสงขลา และจะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2568
- 1.7 เป็นผู้ที่ไม่มียาเสพติดร้ายแรง หรือโรคสำคัญที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและอาชีพ
- 1.8 เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย
- 1.9 เป็นผู้ที่มีผลการเรียน และคุณสมบัติเฉพาะไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ ที่คณะ/สาขาวิชากำหนดไว้
- 1.10 มีใบรับรองแพทย์ โดยใช้แบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นหลักฐานแสดงว่า
 - 1) สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
 - 2) ไม่เป็นตาบอดสีทั้งสองข้างอย่างรุนแรง
 - 3) ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินแบบถาวรที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในวิชาชีพ

2. คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร และจำนวนรับ

คณะ/สาขาวิชา	จำนวนรับ (คน)	GPAX 5 ภาค	คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร					
			กลุ่มสาระ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี		กลุ่มสาระ คณิตศาสตร์		กลุ่มสาระ ภาษาต่างประเทศ	
			GPA	หน่วยกิต	GPA	หน่วยกิต	GPA	หน่วยกิต
คณะพยาบาลศาสตร์								
สาขาพยาบาลศาสตร์	9	2.75	2.75	21	2.75	12	3.00	7
สิทธิของผู้ผ่านการคัดเลือก								
ผู้ได้รับการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการผลิตบัณฑิตเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ต้องเข้าศึกษาในชั้นเรียนเต็มเวลา ตามระเบียบการศึกษาของมหาวิทยาลัย โดยจะได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาจากพื้นที่ และได้รับการรับรองการจ้างงานในพื้นที่เมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษา และมีการรายงานผลการศึกษาให้กับคณะกรรมการการคัดเลือกนักเรียนของพื้นที่ทุกภาคการศึกษา								

3. ปฏิทินดำเนินการ

ส่วนที่ 1

- 1 - 9 พฤศจิกายน 2568 - ประชาสัมพันธ์การรับสมัคร
- 10 - 28 พฤศจิกายน 2568 - ดำเนินการรับสมัครและพิจารณาคัดเลือก (โรงพยาบาลดำเนินการ)
- 4 ธันวาคม 2568 - ประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก (โรงพยาบาลดำเนินการ)
- 8 - 9 ธันวาคม 2568 - ส่งใบสมัครให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
- 15 ธันวาคม 2568 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ส่งใบสมัครให้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ส่วนที่ 2

- 4 - 19 ธันวาคม 2568 - ผู้สมัครเฉพาะผู้ผ่านการคัดเลือกโควตาโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ต้องเข้าไปกรอกข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ทาง QR CODE

QR Code กรอกข้อมูล



- ชำระเงินค่าสมัคร จำนวน 200 บาท โดยชำระผ่าน QR CODE ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และไม่คืนเงินค่าสมัครให้ไม่ว่ากรณีใดๆ



9 มกราคม 2569	ประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อสอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th/nur/news_all.aspx?id=1
17 มกราคม 2569	สอบสัมภาษณ์
23 มกราคม 2569	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th/nur/news_all.aspx?id=1
6 - 7 กุมภาพันธ์ 2569	ผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์และได้รับคัดเลือก ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาผ่านระบบ TCAS ทางเว็บไซต์ https://student.mytcas.com ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (สมาคม ทปอ.)
10 กุมภาพันธ์ 2569	มหาวิทยาลัยประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ทางเว็บไซต์ https://admission.psu.ac.th
พฤษภาคม - มิถุนายน 2569	รายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา และ ชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา

4. เอกสารการสมัคร และการส่งเอกสารให้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้สมัครต้องตรวจสอบคุณสมบัติทั่วไป (ตามข้อ 1) ของตนเอง หากปรากฏในภายหลังว่า ผู้สมัครขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลักฐานที่ใช้ประกอบการสมัครเป็นเท็จ จะถูกตัดสิทธิ์การเข้าศึกษา แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกได้เข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนักศึกษา และไม่คืนเงินค่าสมัครให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ

- 4.1 ใบสมัครโครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา (ตามเอกสารแนบท้าย)
- 4.2 ใบระเบียนแสดงผลการเรียน 5 ภาคการศึกษา
- 4.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (เฉพาะด้านหน้า) หรือบัตรประจำตัวนักเรียน (ต้องมีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักประกอบด้วย)
- 4.4 แฟ้มสะสมผลงาน Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) (ไม่รวมปกหน้า-หลัง, คำนำ และสารบัญ) ต้องครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1. มีความเป็นผู้นำ 2. เป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม 3. การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4. การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ (กรณีมีด้านส่วนร่วมในนวัตกรรม สามารถใส่เพิ่มเติมในหัวข้อ 1 ได้) (แบบฟอร์มแฟ้มสะสมผลงานสามารถ download ได้ที่ <https://admission.psu.ac.th/linkother/>)
- 4.5 ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย ใบรายงานการตรวจตาบอดสี รับรองโดยจักษุแพทย์ ใบรับรองแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก ตามแบบฟอร์มที่คณะกำหนด (แนบท้ายประกาศ) หรือสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์ม ได้ที่เว็บไซต์ <https://entrance.psu.ac.th/form.html>
- 4.6 ได้รับการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐ เป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน (มีใบรับรองจากโรงพยาบาลของรัฐเป็นหลักฐานประกอบการสมัคร) (ถ้ามี)
- 4.7 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล (ถ้ามี)

5. วิธีพิจารณาการคัดเลือก

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

5.2 กรณีที่มีจำนวนผู้สมัครมากกว่าจำนวนที่ประกาศรับ คณะฯ จะคัดเลือกด้วยการจัดลำดับโดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX) และหลักฐานที่เป็นเอกสารอื่น ๆ ที่ผู้สมัครได้ยื่นเป็นหลักฐานประกอบการสอบสัมภาษณ์ ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการ

5.3 เมื่อผู้สมัครได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์แล้ว คณะกรรมการของคณะจะทำการสอบสัมภาษณ์ทดสอบความพร้อมทางการศึกษา และพิจารณาเอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

การพิจารณาตัดสินผลการคัดเลือกของคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถือเป็นขั้นสุดท้าย

6. เงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- 6.1 นักศึกษาต้องศึกษาและผ่านการวัดและประเมินผลรายวิชาต่าง ๆ ครบถ้วนตามหลักสูตร ข้อกำหนดและเงื่อนไขของสาขาวิชา และเป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- 6.2 นักศึกษาต้องสอบผ่านภาษาอังกฤษตามมาตรฐานขั้นต่ำที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กำหนด
- 6.3 นักศึกษาจะต้องผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อพัฒนานักศึกษาตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

7. สถานที่ติดต่อสอบถาม

ชื่อผู้ประสานงาน คุณธัญกานต์ แก้วพิบูลย์

ชื่อหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

เบอร์ติดต่อ 074 286450

ประกาศ ณ วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2568

#sg01#

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกกมล วงศ์ศิริโชติ)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ติครูข่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ใบสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา)
ภายใต้กลุ่มโครงการ Portfolio กลุ่มเป้าหมาย ประจำปีการศึกษา 2569

1. รายละเอียดผู้สมัคร ชื่อ.....นามสกุล.....หมายเลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง..... วัน/เดือน/ปี เกิดระดับการศึกษา..... โรงเรียน.....จังหวัด.....
2. ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก 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 (ไม่เกิน 10 หน้า) (ไม่รวมปกหน้า-หลัง, คำนำ และสารบัญ) ต้องครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1. ความเป็นผู้นำ 2. เป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม 3. การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4. การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ (กรณีมีด้านส่วนร่วมในนวัตกรรม สามารถใส่เพิ่มเติมในหัวข้อ 1 ได้) ☐ ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย ใบรายงานการตรวจตาบอดสี รับรองโดยจักษุแพทย์ ใบรับรอง แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญทางหู 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.....ได้รับการฝึกช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเพื่อเสริมสร้าง
ประสบการณ์ สำหรับผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาล
เพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา 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 ทั้งนี้ขอให้ระบุ
การมีประสบการณ์และระยะเวลาการฝึกช่วยปฏิบัติงานให้ชัดเจน

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2569

(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 และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนักศึกษา

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

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 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 2569

(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 2569

(ประทับตราโรงพยาบาล)

ชื่อ-สกุล เพศ () ชาย () หญิง

วัน เดือน ปีเกิด

โรงพยาบาลที่ตรวจ จังหวัด

H.N. วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

ความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก (เกี่ยวกับความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรของผู้รับการตรวจ
ที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

() ไม่มีความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร

() มีความบกพร่องของการได้ยิน (ระบุ).....

อื่น ๆ ระบุ.....

Physician Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

- ใบรายงานผลการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรที่สมบูรณ์ต้องมีตราของ
โรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่ายและต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก
ผู้ตรวจกำกับ
- สามารถตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐ/โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก ได้