



ที่ สข ๐๐๓๓.๐๒๐/ ๖๓๕๕๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
๑๖๑/๑ ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาล เพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประกาศรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา ภายใต้กลุ่มโครงการ Portfolio กลุ่มเป้าหมาย ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ (รอบที่ ๑/๒)

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ขอประชาสัมพันธ์การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายชวน มณีแนม)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๗๕๓๑ ๒๘๖๓

เรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะบาย้อย

เห็นควรแจ้ง

- กลุ่มงานบริหารทั่วไป
- กลุ่มงานพยาบาล
- กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
- กลุ่มงานเภสัชและคุ้มครองและผู้บริโภค
- กลุ่มงานทันตกรรม
- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
- กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ
- กลุ่มงานแพทย์แผนไทยฯ
- กลุ่มงานการแพทย์
- กลุ่มงานรังสีวิทยา
- กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด
- กลุ่มงานโภชนศาสตร์
- อื่นๆ.....ประชาสัมพันธ์.....

(นางสาวศศิณา มีเอียด)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

6 พ.ย. 2567



ประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี
โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา
ภายใต้กลุ่มโครงการ Portfolio กลุ่มเป้าหมาย ประจำปีการศึกษา 2568 (รอบที่ 1/2)

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์จะเปิดรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา ประจำปีการศึกษา 2568 รอบที่ 1/2 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. คุณสมบัติทั่วไปของผู้สมัคร

- 1.1 มีสัญชาติไทย
- 1.2 เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อยและเหมาะสมในการเข้าศึกษาภายใต้แผนการศึกษาพยาบาลเพื่อชุมชน ของคณะพยาบาลศาสตร์ และมีหนังสือหรือเอกสารลงนามรับรอง จำนวน 1 ฉบับ จากผู้อำนวยการโรงเรียน
- 1.3 มนุษย์สัมพันธ์ดี ปรับตัวได้ดี สุขภาพจิตดี และมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรค อาการของโรคหรือมีความพิการอื่นอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาการปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐ
- 1.4 ผู้สมัครและบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย ต้องมีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดสงขลา ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 5 ปี จนถึงวันสุดท้ายของการรับสมัคร (หากบิดาหรือมารดาที่เป็นข้าราชการต้องโยกย้ายให้มีเอกสารยืนยันการโยกย้าย)
- 1.5 เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ผ่านการศึกษาดูงานในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสงขลาอย่างน้อย 10 วัน และมีหนังสือหรือเอกสารลงนามรับรอง จำนวน 1 ฉบับ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- 1.6 เป็นผู้ที่กำลังศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนเขตพื้นที่การศึกษาในจังหวัดสงขลา และจะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2567
- 1.7 เป็นผู้ที่ไม่มียาเสพติดติดต่อยาแรง หรือโรคสำคัญที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและอาชีพ
- 1.8 เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย
- 1.9 เป็นผู้ที่มีผลการเรียน และคุณสมบัติเฉพาะไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ ที่คณะ/สาขาวิชากำหนดไว้
- 1.10 มี Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) ไม่รวมปกหน้า-หลัง ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเป็นผู้นำ 2) เป็นผู้มีความซื่อสัตย์ 3) การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4) การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ
- 1.11 ไม่มีรับรองแพทย์ โดยใช้แบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นหลักฐานแสดงว่า
 - 1) สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
 - 2) ไม่เป็นตาบอดสีทั้งสองข้างอย่างรุนแรง
 - 3) ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินแบบถาวรที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในวิชาชีพ

2. คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร และจำนวนรับ

คณะ/สาขาวิชา	จำนวนรับ (คน)	GPAX 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								

3. ปฏิทินดำเนินการ

ส่วนที่ 1

พฤศจิกายน 2567	ประชาสัมพันธ์การรับสมัคร
5 - 29 พฤศจิกายน 2567	- ดำเนินการรับสมัครคัดเลือก - ประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก
2 - 6 ธันวาคม 2567	- ส่งใบสมัครให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
11 ธันวาคม 2567	- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ส่งใบสมัครให้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ส่วนที่ 2

2-19 ธันวาคม 2567	- ผู้สมัคร เฉพาะผู้ผ่านการคัดเลือกโควตาโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ต้องเข้าไปกรอกข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ทาง QR CODE
-------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

QR Code กรอกข้อมูล



- ชำระเงินค่าสมัคร จำนวน 200 บาท โดยชำระผ่าน QR CODE
ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



- 15 มกราคม 2568 ประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อสอบสัมภาษณ์
ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th/nur/news_all.aspx
- 18 มกราคม 2568 สอบสัมภาษณ์
- 24 มกราคม 2568 ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสัมภาษณ์
ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th/nur/news_all.aspx
- 5 - 6 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์และได้รับคัดเลือก ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาผ่านระบบ
TCAS ทางเว็บไซต์ <https://student.mytcas.com> ของสมาคมที่ประชุม
อธิการบดีแห่งประเทศไทย (สมาคม ทปอ.)
- 11 กุมภาพันธ์ 2568 มหาวิทยาลัยประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา
ทางเว็บไซต์ <https://admission.psu.ac.th>
- พฤษภาคม - มิถุนายน 2568 รายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา และ ชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา

4. เอกสารการสมัคร และการส่งเอกสารให้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้สมัครต้องตรวจคุณสมบัติทั่วไป (ตามข้อ 1) ของตนเอง หากปรากฏในภายหลังว่า ผู้สมัครขาดคุณสมบัติข้อใด
ข้อหนึ่ง หรือหลักฐานที่ใช้ประกอบการสมัครเป็นเท็จ จะถูกตัดสิทธิ์การเข้าศึกษา แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกได้เข้าศึกษา
แล้วก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนักศึกษา และไม่คืนเงินค่าสมัครให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ

4.1 เอกสารการสมัคร

- 4.1.1 ใบสมัครของคณะพยาบาลศาสตร์ ที่กรอกข้อความครบถ้วนพร้อมติดรูปถ่าย (แบบฟอร์มแนบท้าย)
- 4.1.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
- 4.1.3 สำเนาหลักฐานการศึกษา/ใบระเบียบผลการเรียน 5 ภาคการศึกษาต่อเนื่องกันในระดับมัธยมศึกษา
ตอนปลาย โดยมีผู้บริหารโรงเรียนหรืออาจารย์หัวหน้าฝ่ายทะเบียนเป็นผู้รับรองความถูกต้อง
- 4.1.4 Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) ไม่รวมปกหน้า-หลัง ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเป็นผู้นำ
2) เป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม 3) การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4) การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- 4.1.5 ใบรับรองการฝึกปฏิบัติตั้งงานจากโรงพยาบาลของรัฐ เป็นเวลา 10 วัน
- 4.1.6 ใบรับรองแพทย์ ใบรับรองจักษุแพทย์ ใบรับรองแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก
ที่คณะพยาบาลศาสตร์กำหนด (แบบฟอร์มแนบท้าย)
- 4.1.7 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)

4.2 การชำระเงินค่าสมัคร

ชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน 200 บาท โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ ผ่านระบบ SCB BUSINESS NET โดยชำระเงินตามแบบฟอร์มที่แนบ (ช่องทางเดียวเท่านั้น)

หมายเหตุ ค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน 200 บาท มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใดๆ

4.3 การส่งเอกสารให้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จัดส่งใบสมัครและหลักฐานประกอบการสมัคร (ตามข้อ 4.1) ให้คณะพยาบาลศาสตร์ ภายในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567

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 ถือเป็นที่สุด

6. เงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

6.1 นักศึกษาต้องศึกษาและผ่านการวัดและประเมินผลรายวิชาต่าง ๆ ครบถ้วนตามหลักสูตร ข้อกำหนดและเงื่อนไขของสาขาวิชา และเป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

6.2 นักศึกษาต้องสอบผ่านภาษาอังกฤษตามมาตรฐานขั้นต่ำที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กำหนด

6.3 นักศึกษาจะต้องผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อพัฒนานักศึกษาตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

7. สถานที่ติดต่อสอบถาม

ชื่อผู้ประสานงาน คุณธัญญกานต์ แก้วพิบูลย์

ชื่อหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เบอร์ติดต่อ 074 286450

ประกาศ ณ วันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2567



Digitally signed: 2024.10.22 22:34:15 +07:00

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกกิง วงศ์ศิริโชติ)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ติครูปลาย

ขนาด 1 นิ้ว

ใบสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา)
ภายใต้กลุ่มโครงการ Portfolio กลุ่มเป้าหมาย ประจำปีการศึกษา 2568 (รอบที่ 1/2)

รายละเอียดผู้สมัคร

ชื่อ..... Name

หมายเลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง.....

วัน/เดือน/ปี เกิดระดับการศึกษา กำลังศึกษา ชั้น ม.6 สายสามัญ

โรงเรียน.....จังหวัด.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

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

ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ).....

รายละเอียดการสมัคร ผู้สมัคร เลือกคณะ/สาขาวิชา ทั้งสิ้น 1 อันดับ ดังนี้

อันดับที่ 1 10401 พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

รวมเป็นเงินค่าสมัครจำนวน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

สำหรับผู้สมัคร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ปรากฏในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

สมัครสมบูรณ์วันที่

คุณสมบัติที่ใช้สมัครโครงการ

GPA กลุ่มสาระ ภาษาต่างประเทศ

GPA กลุ่มสาระ คณิตศาสตร์

GPA กลุ่มสาระ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

GPA สะสม (GPAX)

หน่วยกิตกลุ่มสาระ ภาษาต่างประเทศ

หน่วยกิตกลุ่มสาระ คณิตศาสตร์

หน่วยกิตกลุ่มสาระ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี



ที่

หนังสือรับรองการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....
ขอรับรองว่านาย/นางสาว.....ได้รับการฝึกช่วยปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ สำหรับผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
โครงการ ผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2568 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)
ภายใต้กลุ่มโครงการ Portfolio กลุ่มเป้าหมาย
ประจำปีการศึกษา 2568 (รอบที่ 1/2)

(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. อื่น ๆ |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษา แล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากความเป็นนักศึกษา

.....
(.....)
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 ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจตาบอดสี
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา)
ภายใต้กลุ่มโครงการ Portfolio กลุ่มเป้าหมาย
ประจำปีการศึกษา 2568 (รอบที่ 1/2)

(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

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชน จังหวัดสงขลา)
ภายใต้กลุ่มโครงการ Portfolio กลุ่มเป้าหมาย
ประจำปีการศึกษา 2568 (รอบที่ 1/2)

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

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
โรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่ายและต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หู คอ จมูก
ผู้ตรวจกำกับ