

สำหรับติด  
รูปถ่ายขนาด  
1 นิ้ว

รายงานการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร  
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ประจำปีการศึกษา 2563

(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