

สำหรับ
ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

รายงานการตรวจตาบอดสี
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียนเพื่อเข้าศึกษา
ในหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2563

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

ชื่อ-สกุล..... เพศ () ชาย () หญิง
วัน เดือน ปีเกิด..... เลขประจำตัวผู้สมัคร..... รหัส มท.....
โรงพยาบาลที่ตรวจ..... จังหวัด.....
H.N. วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ.....

ความเห็นของจักษุแพทย์ (เกี่ยวกับตาบอดสีของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

() ไม่เป็นตาบอดสี

() มีตาบอดสี ระบุ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับรุนแรง

อื่นๆ ระบุ.....

Physician's Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ

1. ใบรายงานผลการตรวจตาบอดสีที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นของจักษุแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอรับการตรวจตาบอดสีจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด หรือ โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง