



ประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การรับสมัครนักเรียนเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการโนติงเกล) ประจำปีการศึกษา 2564 (รอบที่ 1)

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะเปิดรับสมัครนักเรียนเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (โครงการโนติงเกล) ประจำปีการศึกษา 2564 (รอบที่ 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 2563
- 1.2.2 มีผลการเรียนเฉลี่ย 5 ภาคการศึกษา (ตั้งแต่ภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึงภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6) เท่ากับหรือมากกว่า 3.00
- 1.2.3 มีผลการเรียน (GPA) ในกลุ่มสาระวิชาภาษาอังกฤษ (รวมไม่น้อยกว่า 7 หน่วยกิต) เท่ากับหรือมากกว่า 2.75 คณิตศาสตร์ (รวมไม่น้อยกว่า จำนวน 12 หน่วยกิต) เท่ากับหรือมากกว่า 3.00 และวิทยาศาสตร์ (รวมไม่น้อยกว่า จำนวน 21 หน่วยกิต) เท่ากับหรือมากกว่า 3.00
- 1.2.4 มี Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเป็นผู้นำ 2) เป็นผู้มีความคุณธรรม จริยธรรม 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 10 คน

3. ปฏิทินดำเนินการ

กำหนดการ	กิจกรรม
ตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม 2564 เป็นต้นไป	ผู้สมัครทุกคนต้องไปสมัครลงทะเบียนและยืนยันตัวตนในระบบ TCAS ของสมาคม ทปอ. ทางเว็บไซต์ https://student.mytcas.com
5-14 มกราคม 2564	ลงทะเบียนเพื่อขอชื่อผู้ใช้ (User) และรหัสผ่าน (password) เข้าระบบ ทางเว็บไซต์ที่ https://e-admission.psu.ac.th โดยระบบจะปิดเวลา 15.30 น. ในวันที่สิ้นสุดการรับสมัคร
5-14 มกราคม 2564	รับสมัครออนไลน์ และแก้ไขข้อมูลการสมัครทางเว็บไซต์ที่ https://e-admission.psu.ac.th โดยระบบจะปิดเวลา 23.30 น. ในวันที่สิ้นสุดการรับสมัคร
5-15 มกราคม 2564	- พิมพ์ใบสมัครจากระบบ และชำระเงินค่าสมัครโดยการ Scan QRcode หรือ Barcode ผ่าน Mobile Application หรือ ตู้ ATM ของธนาคารต่าง ๆ เพื่อชำระเงินออนไลน์ในระบบ และให้นักเรียนนำไปสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการสมัครไปยื่นได้ที่สถานศึกษาที่ตนเองสังกัด เพื่อโรงเรียน/สถาบันการศึกษาส่งรายชื่อพร้อมใบสมัครให้คณะพยาบาลศาสตร์ - โรงเรียน/สถาบันจัดส่งใบสมัครและหลักฐานประกอบการสมัครให้คณะพยาบาลศาสตร์ (จัดส่งถึงคณะพยาบาลศาสตร์ ภายในวันที่ 15 มกราคม 2564 เท่านั้น)
ตรวจสอบได้หลังจากวันที่ส่งเอกสารแล้ว 5 วันทำการ	ผู้สมัครตรวจสอบสถานะการชำระเงินและการส่งเอกสารการสมัครได้ที่เว็บไซต์ https://e-admission.psu.ac.th
3 กุมภาพันธ์ 2564	คณะพยาบาลศาสตร์ประกาศรายชื่อผู้ได้รับคัดเลือกเพื่อสอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th
6 กุมภาพันธ์ 2564	สอบสัมภาษณ์ ณ คณะพยาบาลศาสตร์
12 กุมภาพันธ์ 2564	คณะพยาบาลศาสตร์จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสัมภาษณ์ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th
22-23 กุมภาพันธ์ 2564	ผู้ผ่านการคัดเลือกยืนยันสิทธิ์ในระบบ TCAS ทางเว็บไซต์ https://student.mytcas.com ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (ทปอ.)
26 กุมภาพันธ์ 2564	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ประกาศรายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาทางเว็บไซต์ https://entrance.psu.ac.th
ติดตามรายละเอียดในเว็บไซต์ ฝ่ายทะเบียนและประมวลผล สำนักการศึกษาและนวัตกรรมการเรียนรู้	รายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา

4. เอกสารการสมัคร และการส่งเอกสารให้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

4.1 เอกสารการสมัคร

4.1.1 ใบสมัครพิมพ์จากระบบ ที่กรอกข้อความครบถ้วนสมบูรณ์ (ตีรูปถ่ายขนาด 3x4 ซม.) พร้อมลงลายมือชื่อในใบสมัคร

4.1.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

4.1.3 สำเนาหลักฐานการศึกษา/ใบเรียนผลการเรียน 5 ภาคการศึกษาต่อเนื่องกันในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีผู้บริหารโรงเรียนหรืออาจารย์หัวหน้าฝ่ายทะเบียนเป็นผู้รับรองความถูกต้อง

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

4.1.5 ใบรับรองการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐ เป็นเวลา 10 วัน (ถ้ามี)

4.1.6 ใบรับรองแพทย์ ใบรับรองจักษุแพทย์ ใบรับรองแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก ตามแบบฟอร์มที่คณะพยาบาลศาสตร์กำหนด

4.1.7 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)

4.1.8 เอกสารการชำระเงินค่าสมัคร 200 บาท

4.2 การชำระเงินค่าสมัคร

ชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน 200 บาท/คน (ค่าธรรมเนียม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ)

4.3 การส่งเอกสารให้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โรงเรียน/สถาบันการศึกษา ส่งรายชื่อพร้อมเอกสารสมัคร(ตามข้อ4.1) ให้คณะพยาบาลศาสตร์ ระหว่างวันที่ 5-15 มกราคม 2564 (ใบสมัครและเอกสารการสมัครต้องถึงคณะพยาบาลศาสตร์ภายในวันที่ 15 มกราคม 2564 เท่านั้น)

เจ้าหน้าที่ของถึง

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิชาการ วิจัยและนวัตกรรม
งานหลักสูตรปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตำบลคอหงส์
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

หมายเหตุ : เอกสารที่ส่งทางไปรษณีย์ กรุณาส่งเป็นจดหมายลงทะเบียน หรือจดหมายด่วนพิเศษ (EMS) เพื่อป้องกันความล่าช้าหรือเอกสารสูญหาย และสะดวกในการตรวจสอบเอกสารกับทางไปรษณีย์

5. องค์ประกอบที่ใช้พิจารณาคัดเลือก

5.1 คุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร ตามข้อ 1.1 และข้อ 1.2

5.2 คะแนนสอบสัมภาษณ์และสอบเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล

6. วิธีพิจารณาคัดเลือก

6.1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะตรวจสอบคุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัครในเบื้องต้น หากผู้ใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่คณะพยาบาลศาสตร์กำหนดจะถูกตัดสิทธิ์

6.2 เมื่อผู้สมัครผ่านการคัดเลือก (ตามข้อ 6.1) เป็นผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์แล้วจะทดสอบเจตคติต่อวิชาชีพ พยาบาลจากนั้น คณะกรรมการสอบสัมภาษณ์จะประเมินผลการสอบสัมภาษณ์และตัดสินผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

การพิจารณาตัดสินผลการคัดเลือกของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถือเป็นขั้นสุดท้าย

7. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเบื้องต้น และมีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ และทดสอบเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล ในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2564 โดยผ่านทางระบบ Internet ที่เว็บไซต์ <https://www.nur.psu.ac.th>

8. การสอบสัมภาษณ์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดให้มีการสอบสัมภาษณ์ที่คณะพยาบาลศาสตร์ ในวันเสาร์ที่ 6 กุมภาพันธ์ 2564 รายงานตัวเวลา 08.30-09.30 น. สถานที่ที่จะแจ้งอีกครั้งในวันประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ และผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หากไม่ไปสอบสัมภาษณ์ในวัน เวลา ที่กำหนด มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะถือว่านักเรียนสละสิทธิ์ (โดยนำหลักฐานเอกสารการสมัคร ตามหัวข้อ 4.1 (ข้อ 4.1.2-4.1.7) ฉบับจริงมาแสดงในวันสอบสัมภาษณ์)

9. การประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก

ประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก ในวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2564 โดยผ่านระบบ Internet ที่เว็บไซต์ <https://www.nur.psu.ac.th>

10. การยืนยันใช้สิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ผ่านระบบ TCAS)

ผู้ที่ผ่านการสอบสัมภาษณ์และได้รับคัดเลือกเข้าศึกษา จะต้องยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา ในระหว่างวันที่ 22-23 กุมภาพันธ์ 2564 ผ่านระบบ TCAS (Thai university Central Admissions System) ทางเว็บไซต์ <https://student.mytcas.com> ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (สพอ.) มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

11. การสละสิทธิ์เข้าศึกษา

ผู้ที่ได้ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาภายใต้โครงการดังกล่าวแล้ว หากประสงค์จะสละสิทธิ์ ให้ดำเนินการสละสิทธิ์ในระบบ TCAS ตามช่วงเวลาทางสมาคม ทปอ. กำหนด

12. การประกาศรายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2564 โดยผ่านระบบ Internet ที่เว็บไซต์ <https://entrance.psu.ac.th>

13. เงื่อนไขการคงไว้ซึ่งสิทธิ์ที่ได้รับเมื่อเป็นนักศึกษาในโครงการในดิงเกล

13.1 นักศึกษาจะได้รับการยกเว้นค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์และค่าธรรมเนียมพิเศษโดยต้องมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ย ดังนี้

- ชั้นปีที่ 1 - ปี 2 ต้องมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ยแต่ละภาคการศึกษาไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.50
- ชั้นปีที่ 3 - ปี 4 ต้องมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ยแต่ละภาคการศึกษาไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.75

หากภาคการศึกษาใดมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ยไม่เป็นไปตามที่กำหนดข้างต้นในชั้นปีนั้น ๆ จะไม่ได้รับการยกเว้นค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์และค่าธรรมเนียมพิเศษตลอดไปจนจบการศึกษา

13.2 นักศึกษาจะต้องทำหรือเข้าร่วมกิจกรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ เช่น กิจกรรมเพื่อประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง หรือกิจกรรมด้านวิชาชีพพยาบาล

13.3 หากนักศึกษาต้องการโอนย้าย หรือลาออก นักศึกษาต้องชดเชยเงินค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์และค่าธรรมเนียมพิเศษ ตามจำนวนที่ได้รับการยกเว้น จึงจะสามารถโอนย้ายหรือลาออกได้

14. เงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

14.1 นักศึกษาต้องศึกษาและผ่านการวัดและประเมินผลรายวิชาต่าง ๆ ครบถ้วนตามหลักสูตรข้อกำหนดและเงื่อนไขของคณะพยาบาลศาสตร์ และเป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

14.2 นักศึกษาต้องสอบผ่านภาษาอังกฤษตามมาตรฐานขั้นต่ำที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กำหนด

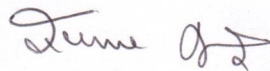
15. การชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา และการรายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา

สามารถติดตามรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ของกองทะเบียนและประมวลผล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งจะแจ้งให้ทราบในภายหลัง

16. การติดต่อสอบถามรายละเอียดโครงการ

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

ประกาศ ณ วันที่ 2 ต.ค. 2563



(รองศาสตราจารย์ ดร.จุฑามาส ศตสุข)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทน อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่



หนังสือรับรองการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....
โรงพยาบาล..... จังหวัด.....
สังกัดกอง..... กรม..... กระทรวง.....
ขอรับรองว่านาย/นางสาว..... ได้รับการฝึกช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเพื่อเสริมสร้าง
ประสบการณ์ สำหรับผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (โครงการในดิงเกล) คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2564 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
(โครงการในติ่งเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2564

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

ขอส่งรายชื่อเรียนที่ประสงค์จะสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการในติ่งเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2564 ดังมี
รายชื่อต่อไปนี้

- 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 : หนังสือส่งรายชื่อต้องมีตราประทับของโรงเรียนและลงนามรับรองโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุด
ของหน่วยงาน เช่น อาจารย์ใหญ่ ผู้อำนวยการโรงเรียน เป็นต้น

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
การดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการในดิงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2564

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

ชื่อ-สกุล เพศ () ชาย () หญิง

วัน เดือน ปีเกิด

โรงพยาบาลที่ตรวจ จังหวัด

H.N. วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

I. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนนอก)

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 และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

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

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่ เดือน 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
1. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
 2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจตาบอดสี
การดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการในดิงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2564

(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
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการในดิงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2564

(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