



ประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การรับสมัครนักเรียนเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน) ประจำปีการศึกษา 2565 (รอบที่ 1/1)

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะเปิดรับสมัครนักเรียนเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน ประจำปีการศึกษา 2565 (รอบที่ 1/1) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คุณสมบัติของผู้สมัคร

1.1 คุณสมบัติทั่วไป

- 1.1.1 มีสัญชาติไทย
- 1.1.2 มีความประพฤติเรียบร้อย
- 1.1.3 มีเจตคติที่ดีต่อการเป็นพยาบาลชุมชนและพร้อมที่จะกลับไปทำงานในพื้นที่
- 1.1.4 ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

1.2 คุณสมบัติเฉพาะ

1.2.1 กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีภูมิลำเนาและที่ตั้งโรงเรียนอยู่ในจังหวัดภาคใต้ ได้แก่ ภูเก็ต สตูล นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และคาดว่าจะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2564

1.2.2 มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) 5 ภาคการศึกษา (ตั้งแต่ภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึง ภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6) ไม่ต่ำกว่า 2.75

1.2.3 มีผลการเรียน (GPA) ในกลุ่มสาระการเรียนรู้ ต่าง ๆ รวม 5 ภาคการศึกษา ดังนี้

- | | | |
|------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| - กลุ่มสาระภาษาต่างประเทศ | ไม่ต่ำกว่า 2.75 | (ไม่น้อยกว่า 7 หน่วยกิต) |
| - กลุ่มสาระคณิตศาสตร์ | ไม่ต่ำกว่า 2.75 | (ไม่น้อยกว่า 12 หน่วยกิต) |
| - กลุ่มสาระวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี | ไม่ต่ำกว่า 2.75 | (ไม่น้อยกว่า 21 หน่วยกิต) |

1.2.4 มีใบรับรองจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นยืนยันการสนับสนุนทุนการศึกษาและการจ้างงานเมื่อจบการศึกษา (แบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์) ทั้งนี้ หากไม่มีงบประมาณสนับสนุน นักเรียนจะไม่มีสิทธิ์สมัครในโครงการ ดังกล่าวได้

1.2.5 มี Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเป็นผู้นำ 2) เป็นผู้มีความรับผิดชอบ 3) การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4) การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ

1.2.6 ได้รับการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐ เป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน (มีใบรับรองจากโรงพยาบาลของรัฐเป็นหลักฐานประกอบการสมัคร) (ถ้ามี)

1.2.7 มีใบรับรองแพทย์ โดยใช้แบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นหลักฐานแสดงว่า

- 1) สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
- 2) ไม่เป็นตาบอดสีทั้งสองข้างอย่างรุนแรง
- 3) ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินแบบถาวรที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในวิชาชีพ

2. จำนวนที่รับ 3 คน

3. ปฏิทินดำเนินการ

กำหนดการ	กิจกรรม
ตุลาคม 2564	ประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th ผู้สมัครจะต้องประสานงานกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเบื้องต้นในส่วน งบประมาณสนับสนุนการศึกษาและการจ้างงานเมื่อสำเร็จ การศึกษา หาก “ไม่มีงบประมาณสนับสนุน” ผู้สมัครไม่สามารถสมัคร โครงการฯ ดังกล่าวได้
1-15 พฤศจิกายน 2564	- ผู้สมัครทุกคนต้องไปกรอกข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ ทาง QR CODE - ดาวนโหลดใบสมัครจากหน้าเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th แล้ว พิมพ์ใบสมัครลงกระดาษ A4 กรอกใบสมัครด้วยปากกา - ชำระเงินค่าสมัคร จำนวน 200 บาท/คน โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทย พาณิชย์ ผ่านระบบ SCB BUSINESS NET โดยชำระเงินตามแบบฟอร์มที่แนบ (ช่องทางเดียวเท่านั้น) - ให้นักเรียนนำใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการสมัครไปยื่นได้ที่ คณะกรรมการการคัดเลือกนักเรียนขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น - องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จัดส่งใบสมัครและหลักฐานประกอบการสมัคร ให้คณะพยาบาลศาสตร์ (ตามแบบฟอร์ม No-01 และ No-02) (จัดส่งถึงคณะพยาบาลศาสตร์ ภายในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2564 เท่านั้น)
ตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2564 เป็นต้นไป	ผู้สมัครทุกคนต้องไปสมัครลงทะเบียนเพื่อยืนยันตัวตน ผ่านระบบ TCAS ทางเว็บไซต์ https://student.mycas.com
13 ธันวาคม 2564	คณะพยาบาลศาสตร์ประกาศรายชื่อผู้ได้รับคัดเลือกเพื่อสอบสัมภาษณ์ทาง เว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th
18 ธันวาคม 2564	สอบสัมภาษณ์
24 ธันวาคม 2564	คณะพยาบาลศาสตร์จะประกาศรายชื่อผู้สอบผ่านการสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th
7-8 กุมภาพันธ์ 2565	ผู้ผ่านการคัดเลือกยืนยันสิทธิ์ในระบบ TCAS ทางเว็บไซต์ https://student.mycas.com ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (สมาคม ทปอ.)
11 กุมภาพันธ์ 2565	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาทางเว็บไซต์ https://entrance.psu.ac.th

4. เอกสารการสมัคร และการส่งเอกสารให้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้สมัครต้องตรวจคุณสมบัติทั่วไป (ตามข้อ 1.1) และคุณสมบัติเฉพาะ (ตามข้อ 1.2) ของตนเอง หากปรากฏในภายหลังว่า ผู้สมัครขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลักฐานที่ใช้ประกอบการสมัครเป็นเท็จ จะถูก ตัดสิทธิ์การเข้าศึกษา แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกได้เข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนักศึกษา และไม่คืนเงินค่าสมัครให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ

4.1 เอกสารการสมัคร

- 4.1.1 ใบสมัครของคณะพยาบาลศาสตร์ (แบบฟอร์ม No. 01) ที่กรอกข้อความครบถ้วนพร้อมติดรูปถ่าย
- 4.1.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
- 4.1.3 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)
- 4.1.4 สำเนาหลักฐานการศึกษา/ใบเรียนผลการเรียน 5 ภาคการศึกษาต่อเนื่องกันในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีผู้บริหารโรงเรียนหรืออาจารย์หัวหน้าฝ่ายทะเบียนเป็นผู้รับรองความถูกต้อง
- 4.1.5 มีใบรับรองจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นยืนยันการสนับสนุนทุนการศึกษาและการจ้างงานเมื่อจบการศึกษา (แบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์)
- 4.1.6 Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเป็นผู้นำ 2) เป็นผู้มีคุณธรรมจริยธรรม 3) การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4) การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ
- 4.1.7 ใบรับรองการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐ เป็นเวลา 10 วัน (ถ้ามี)
- 4.1.8 ใบรับรองแพทย์ ใบรับรองจักษุแพทย์ ใบรับรองแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก ตามแบบฟอร์มที่คณะพยาบาลศาสตร์กำหนด
- 4.1.9 เอกสารการชำระเงินค่าสมัคร 200 บาท

4.2 การชำระเงินค่าสมัคร

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

หมายเหตุ ค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน 200 บาท มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ

4.3 การส่งเอกสารให้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะกรรมการการคัดเลือกนักเรียนขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ส่งรายชื่อพร้อมเอกสารสมัคร (ข้อ 4.1) ให้คณะพยาบาลศาสตร์ ระหว่างวันที่ 1-15 พฤศจิกายน 2564 (ใบสมัครและเอกสารการสมัครต้องถึงคณะพยาบาลศาสตร์ ภายในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2564 เท่านั้น)

เจ้าหน้าที่ของถึง

(สมัครโครงการฯ ชุมชน)

กรุณาส่ง งานหลักสูตรปริญญาตรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่

จ.สงขลา

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 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะตรวจสอบคุณสมบัติทั่วไปและคุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัครในเบื้องต้น หากผู้ใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่คณะพยาบาลศาสตร์กำหนดจะถูกตัดสิทธิ์

6.2 เมื่อผู้สมัครผ่านการคัดเลือก (ตามข้อ 5.1) เป็นผู้ที่มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์แล้ว จะทดสอบเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล จากนั้น คณะกรรมการสอบสัมภาษณ์จะประเมินผลการสอบสัมภาษณ์และตัดลบบุคคลที่มีสิทธิ์เข้าศึกษา

การพิจารณาตัดลบบุคคลคัดเลือกของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถือเป็นขั้นสิ้นสุด

7. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเบื้องต้น และมีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ และทดสอบเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล ในวันที่ 13 ธันวาคม 2564 โดยผ่านทางระบบ Internet ที่เว็บไซต์

<https://www.nur.psu.ac.th>

8. การสอบสัมภาษณ์

กำหนดสอบสัมภาษณ์ ในวันที่เสาร์ที่ 18 ธันวาคม 2564 ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงการสอบสัมภาษณ์ ทางคณะพยาบาลศาสตร์ จะประชาสัมพันธ์ให้ทราบล่วงหน้าทางเว็บไซต์ <https://www.nur.psu.ac.th>

9. การประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก

ประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก ในวันที่ 24 ธันวาคม 2564 โดยผ่านระบบ Internet ที่เว็บไซต์

<https://www.nur.psu.ac.th>

10. การยืนยันใช้สิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ผ่านระบบ TCAS)

ผู้ที่ผ่านการสอบสัมภาษณ์และได้รับคัดเลือกเข้าศึกษา จะต้องยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา ในระหว่างวันที่ 7-8 กุมภาพันธ์ 2565 ผ่านระบบ TCAS (Thai university Central Admissions System) ทางเว็บไซต์ <https://student.mycas.com> ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (สพป.) มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

11. การสละสิทธิ์เข้าศึกษา

ผู้ที่ได้ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาภายใต้โครงการดังกล่าวแล้ว หากประสงค์จะสละสิทธิ์ ให้ดำเนินการสละสิทธิ์ในระบบ TCAS ตามช่วงเวลาทางสมาคม สพป. กำหนด

12. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2565 โดยผ่านระบบ Internet ที่เว็บไซต์ <https://entrance.psu.ac.th>

13. สิทธิของผู้ผ่านการคัดเลือก

ผู้ได้รับการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ต้องเข้าศึกษาในชั้นเรียนเต็มเวลา ตามระเบียบการศึกษาของมหาวิทยาลัย โดยจะได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาจากพื้นที่ และได้รับการรับรองการจ้างงานในพื้นที่เมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษา และมีการรายงานผลการศึกษาให้กับคณะกรรมการการคัดเลือกนักเรียนของพื้นที่ทุกภาคการศึกษา

14. เงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

14.1 นักศึกษาต้องศึกษาและผ่านการวัดและประเมินผลรายวิชาต่าง ๆ ครบถ้วนตามหลักสูตรข้อกำหนด และเงื่อนไขของคณะพยาบาลศาสตร์ และเป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

14.2 นักศึกษาต้องสอบผ่านภาษาอังกฤษตามมาตรฐานขั้นต่ำที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กำหนด

15. การชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา และการรายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา

ติดตามรายละเอียดในเว็บไซต์ของ ฝ่ายทะเบียนและประมวลผล สำนักงานการศึกษาและนวัตกรรมการเรียนรู้ วิทยาเขตหาดใหญ่ ทางเว็บไซต์ <https://reg.psu.ac.th/reg> ซึ่งจะประกาศให้ทราบในภายหลัง

16. การติดต่อสอบถามรายละเอียดโครงการ

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

ประกาศ ณ วันที่ 22 ก.ย. 2564



(รองศาสตราจารย์ ดร.จuthามาส ศตสุข)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทน อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ที่

หนังสือส่งรายชื่อนักเรียนเพื่อสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
โครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2565

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ตำแหน่ง
อบต./เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง จังหวัด
สังกัดกอง..... กรม..... กระทรวง.....

ขอส่งรายชื่อเรียนที่ผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการคัดเลือกนักเรียนของพื้นที่เพื่อสมัครคัดเลือกเข้า
ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามโครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2565 ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. นาย/นาง/นางสาว.....
2. นาย/นาง/นางสาว.....
3. นาย/นาง/นางสาว.....

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : หนังสือส่งรายชื่อต้องมีตราประทับของ อบต./เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง และลงนาม
รับรอง โดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน



ที่

หนังสือยืนยันการสนับสนุนทุนการศึกษาและการจ้างงานเมื่อจบการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เพื่อสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
โครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2565

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ตำแหน่ง.....
อบต./เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง จังหวัด.....
สังกัดกอง..... กรม..... กระทรวง.....

ขอยืนยันการสนับสนุนทุนการศึกษาและการจ้างงานเมื่อจบการศึกษาของนักเรียนที่ผ่านการคัดเลือกจาก
คณะกรรมการคัดเลือกนักเรียนของพื้นที่ดังรายชื่อในแบบฟอร์ม No-01 และสามารถผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามโครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นาย/นาง/นางสาว

ลงนาม.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : หนังสือการสนับสนุนทุนการศึกษาและการจ้างงานเมื่อจบการศึกษา ต้องมีตราประทับของ
อบต./เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง และลงนามรับรองโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน

ที่



หนังสือรับรองการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....

ขอรับรองว่านาย/นางสาว.....ได้รับการฝึกช่วยปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ สำหรับผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาล ศาสตร์บัณฑิต โครงการการ
สร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา
2565 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
(โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2565

(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 และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

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

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
1. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
 2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจตาบอดสี
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2565

(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/หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2565

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

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

ความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก (เกี่ยวกับความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อ
การศึกษาในมหาวิทยาลัย)

- () ไม่มีความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
() มีความบกพร่องของการได้ยิน (ระบุ).....
อื่น ๆ ระบุ.....

Physician Signature.....M.D.
(.....)
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ 1. ใบรายงานผลการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรที่สมบูรณ์ต้องมีตราของ
โรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่ายและต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก
ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้สมัครฯ ต้องไปขอรับการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรจากโรงพยาบาล
ประจำจังหวัด/หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัย
ทุกแห่ง