



ประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การรับสมัครนักเรียนเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต  
(โครงการไนติงเกล) ประจำปีการศึกษา 2565 (รอบที่ 1/1)

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะเปิดรับสมัครนักเรียนเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (โครงการไนติงเกล) ประจำปีการศึกษา 2565 (รอบที่ 1/1) 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 2564
- 1.2.2 มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) 5 ภาคการศึกษา (ตั้งแต่ภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึงภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6) ไม่ต่ำกว่า 3.00
- 1.2.3 มีผลการเรียน (GPA) ในกลุ่มสาระการเรียนรู้ ต่าง ๆ รวม 5 ภาคการศึกษา ดังนี้
  - กลุ่มสาระภาษาต่างประเทศ ไม่ต่ำกว่า 2.75 (ไม่น้อยกว่า 7 หน่วยกิต)
  - กลุ่มสาระคณิตศาสตร์ ไม่ต่ำกว่า 3.00 (ไม่น้อยกว่า 12 หน่วยกิต)
  - กลุ่มสาระวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ไม่ต่ำกว่า 3.00 (ไม่น้อยกว่า 21 หน่วยกิต)
- 1.2.4 มี Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเป็นผู้นำ 2) เป็นผู้มีความรับผิดชอบ 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
ตุลาคม 2564	ประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์ <a href="https://www.nur.psu.ac.th">https://www.nur.psu.ac.th</a>
1-15 พฤศจิกายน 2564	- ผู้สมัครทุกคนต้องไปกรอกข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ ทาง QR CODE - ดาวน์โหลดใบสมัครจากหน้าเว็บไซต์ <a href="https://www.nur.psu.ac.th">https://www.nur.psu.ac.th</a> แล้วพิมพ์ใบสมัครลงกระดาษ A4 กรอกใบสมัครด้วยปากกา - ชำระเงินค่าสมัคร จำนวน 200 บาท/คน โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ไทยพาณิชย์ ผ่านระบบ SCB BUSINESS NET โดยชำระเงินตาม แบบฟอร์มที่แนบ (ช่องทางเดียวเท่านั้น) - ให้นักเรียนนำใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการสมัครไปยื่นได้ ที่สถานศึกษาที่ตนเองสังกัด สถานศึกษา/โรงเรียน จัดส่งรายชื่อพร้อม ใบสมัคร และหลักฐานการสมัคร ให้คณะพยาบาลศาสตร์ (จัดส่งถึงคณะพยาบาลศาสตร์ <b>ภายในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2564</b> เท่านั้น)
ตั้งแต่ 9 ธันวาคม 2564 เป็นต้นไป	ผู้สมัครทุกคนต้องไปสมัครลงทะเบียนเพื่อยืนยันตัวตน ผ่านระบบ TCAS ทางเว็บไซต์ <a href="https://student.mytcas.com">https://student.mytcas.com</a>
13 ธันวาคม 2564	ประกาศรายชื่อผู้ได้รับคัดเลือกเพื่อสอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์ <a href="https://www.nur.psu.ac.th">https://www.nur.psu.ac.th</a>
18 ธันวาคม 2564	สอบสัมภาษณ์
24 ธันวาคม 2564	ประกาศรายชื่อผู้สอบผ่านการสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์ <a href="https://www.nur.psu.ac.th">https://www.nur.psu.ac.th</a>
7-8 กุมภาพันธ์ 2565	ผู้ผ่านการคัดเลือกยืนยันสิทธิ์ในระบบ TCAS ทางเว็บไซต์ <a href="https://student.mytcas.com">https://student.mytcas.com</a> ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่ง ประเทศไทย (สมาคม ทปอ.)
11 กุมภาพันธ์ 2565	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ทางเว็บไซต์ <a href="https://entrance.psu.ac.th">https://entrance.psu.ac.th</a>

### 4. เอกสารการสมัคร และการส่งเอกสารให้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้สมัครต้องตรวจคุณสมบัติทั่วไป (ตามข้อ 1.1) และคุณสมบัติเฉพาะ (ตามข้อ 1.2) ของตนเอง หากปรากฏใน  
ภายหลังว่า ผู้สมัครขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลักฐานที่ใช้ประกอบการสมัครเป็นเท็จ จะถูก ตัดสิทธิ์การเข้า  
ศึกษา แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกได้เข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนักศึกษา และไม่คืนเงินค่าสมัครให้ไม่ว่า  
กรณีใด 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/ใบระเบียบผลการเรียน 5 ภาคการศึกษาต่อเนื่องกันในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีผู้บริหารโรงเรียนหรืออาจารย์หัวหน้าฝ่ายทะเบียนเป็นผู้รับรองความถูกต้อง
- 4.1.5 Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเป็นผู้นำ 2) เป็นผู้มีคุณธรรมจริยธรรม 3) การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4) การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ
- 4.1.6 ใบรับรองการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐ เป็นเวลา 10 วัน (ถ้ามี)
- 4.1.7 ใบรับรองแพทย์ ใบรับรองจักษุแพทย์ ใบรับรองแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก ตามแบบฟอร์มที่คณะพยาบาลศาสตร์กำหนด
- 4.1.8 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

สถานศึกษา/โรงเรียน ส่งรายชื่อพร้อมเอกสารสมัคร (ตามข้อ 4.1) ให้คณะพยาบาลศาสตร์ ระหว่างวันที่ 1-15 พฤศจิกายน 2564 (ใบสมัครและเอกสารการสมัครต้องถึงคณะพยาบาลศาสตร์ภายในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2564 เท่านั้น)

เจ้าหน้าที่ของถึง

(สมัครโครงการไนติงเกล)

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) เป็นผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์แล้ว จะทดสอบเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล จากนั้นคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์จะประเมินผลการสอบสัมภาษณ์และตัดสินผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

การพิจารณาตัดสินผลการคัดเลือกของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถือเป็นขั้นสุดท้าย



## 7. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเบื้องต้นและมีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ และทดสอบเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ในวันที่ 13 ธันวาคม 2564 โดยผ่านทางระบบ Internet ที่เว็บไซต์ <https://www.nur.psu.ac.th>

## 8. การสอบสัมภาษณ์

กำหนดสอบสัมภาษณ์ ในวันเสาร์ที่ 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 (สพอ.) มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## 11. การสละสิทธิ์เข้าศึกษา

ผู้ที่ได้ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาภายใต้โครงการดังกล่าวแล้ว หากประสงค์จะสละสิทธิ์ ให้ดำเนินการสละสิทธิ์ในระบบ TCAS ตามช่วงเวลาทางสมาคม สพอ. กำหนด

## 12. การประกาศรายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา

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

## 13. เงื่อนไขการคงไว้ซึ่งสิทธิ์ที่ได้รับเมื่อนักศึกษาในโครงการในดิงเกล

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 กิจกรรมเพื่อประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ เป็นกิจที่หนึ่ง หรือกิจกรรมด้านวิชาชีพพยาบาล

13.3 หากนักศึกษาต้องการโอนย้าย หรือลาออก นักศึกษาต้องชดใช้เงินค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์ และค่าธรรมเนียมพิเศษ ตามจำนวนที่ได้รับการยกเว้น จึงจะสามารถโอนย้ายหรือลาออกได้

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

ประกาศ ณ วันที่ 22 ก.ย. 2564



(รองศาสตราจารย์ ดร.จุฑามาส ศตสุข)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทน อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่ .....



### หนังสือรับรองการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....

ขอรับรองว่านาย/นางสาว.....ได้รับการฝึกช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ สำหรับผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (โครงการโนติงเกล) 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 ทั้งนี้ขอให้ระบุการมีประสบการณ์และระยะเวลาการฝึกช่วยปฏิบัติงานให้ชัดเจน

ที่ .....



หนังสือส่งรายชื่อนักเรียน  
เพื่อสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต  
(โครงการในดิงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ประจำปีการศึกษา 2565

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

ขอส่งรายชื่อนักเรียนที่ประสงค์จะสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต  
(โครงการในดิงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2562 3 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 : หนังสือส่งรายชื่อต้องมีตราประทับของโรงเรียน และลงนามรับรองโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุด  
ของหน่วยงาน เช่น อาจารย์ใหญ่ ผู้อำนวยการโรงเรียน เป็นต้น



สำหรับติด  
รูปถ่ายขนาด  
1 นิ้ว

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย  
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต  
(โครงการในดิงเกล) 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

<u>มี</u>	<u>ไม่มี</u>	<u>อธิบายรายละเอียด</u>
( )	( )	1. หอบหืด .....
( )	( )	2. ไอบ่อยเลือด .....
( )	( )	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

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....



II. PHYSICAL EXAMINATION (to be filled in by physician)

Height.....cm.                      Blood Pressure...../.....mmHg.  
Weight.....kg.                      Pulse Rate .....per 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  
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต  
(โครงการไนติงเกล) 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  
(โครงการโนติงเกล) 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 หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง