



ประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี โครงการในดิงเกล
ภายใต้กลุ่มโครงการ Portfolio กลุ่มเป้าหมาย ประจำปีการศึกษา 2568 (รอบที่ 1/1)

ด้วยคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์จะเปิดรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี โครงการในดิงเกล ประจำปีการศึกษา 2568 รอบที่ 1/1 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. คุณสมบัติทั่วไปของผู้สมัคร

- 1.1 เป็นผู้ที่กำลังศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนเขตพื้นที่การศึกษาใน 14 จังหวัดภาคใต้ และจะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2567
- 1.2 เป็นผู้ที่ไม่มีความพิการหรือโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคสำคัญที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและอาชีพ
- 1.3 เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย
- 1.4 เป็นผู้ที่มีผลการเรียน และคุณสมบัติเฉพาะไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ ที่คณะ/สาขาวิชากำหนดไว้
- 1.5 มี Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) ไม่รวมปกหน้า-หลัง ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเป็นผู้นำ 2) เป็นผู้มีความซื่อสัตย์ 3) การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4) การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- 1.6 ได้รับการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐฯ เป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน (มีใบรับรองจากโรงพยาบาลของรัฐเป็นหลักฐานประกอบการสมัคร) (ถ้ามี)
- 1.7 มีใบรับรองแพทย์ โดยใช้แบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นหลักฐานแสดงว่า
 - 1) สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
 - 2) ไม่เป็นตาบอดสีทั้งสองข้างอย่างรุนแรง
 - 3) ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินแบบถาวรที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในวิชาชีพ

2. คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร และจำนวนรับ

คณะ/สาขาวิชา	จำนวนรับ (คน)	GPAX 4 ภาค	คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร										หมายเหตุ
			กลุ่มสาระ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี		กลุ่มสาระ คณิตศาสตร์		กลุ่มสาระ ภาษาต่างประเทศ		กลุ่มสาระ สังคมศึกษาฯ		กลุ่มสาระ ภาษาไทย		
			GPA	หน่วยกิต	GPA	หน่วยกิต	GPA	หน่วยกิต	GPA	หน่วยกิต	GPA	หน่วยกิต	
1. คณะพยาบาลศาสตร์													
รหัส 10401 สาขาพยาบาลศาสตร์	20	3.00	3.00	18	3.00	10	3.00	6	-	-	-	-	
<p>เงื่อนไขการคงไว้ซึ่งสิทธิ์ที่ได้รับเมื่อเป็นนักศึกษาในโครงการเ็นติงเกล</p> <p>1. นักศึกษาจะได้รับการยกเว้นค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์และค่าธรรมเนียมพิเศษ โดยจะไม่ยกเว้นค่าธรรมเนียมพิเศษส่วนเพิ่ม ซึ่งพิจารณาจากประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเรียงตามลำดับดังนี้</p> <p>ลำดับที่ 1-10 จะได้รับการยกเว้นค่าหน่วยกิตรายวิชา และค่าธรรมเนียมพิเศษ (เต็มจำนวน)</p> <p>ลำดับที่ 11-20 จะได้รับการยกเว้นค่าหน่วยกิตรายวิชา และค่าธรรมเนียมพิเศษ (ร้อยละ 25)</p> <p>ทั้งนี้ นักศึกษาทุกคนต้องมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชั้นปีที่ 1 - ปี 2 ต้องมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ยแต่ละภาคการศึกษา ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.50 - ชั้นปีที่ 3 - ปี 4 ต้องมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ยแต่ละภาคการศึกษา ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.75 <p>หากภาคการศึกษาใดมีผลการเรียนได้คะแนนเฉลี่ยไม่เป็นไปตามที่กำหนดข้างต้นในชั้นปีนั้นๆ จะไม่ได้รับการยกเว้นค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์และค่าธรรมเนียมพิเศษตลอดไปจนจบการศึกษา</p> <p>2. นักศึกษาจะต้องทำหรือเข้าร่วมกิจกรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ เช่น กิจกรรมเพื่อประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง หรือกิจกรรมด้านวิชาชีพพยาบาล</p> <p>3. หากนักศึกษาต้องการโอนย้าย หรือลาออก นักศึกษาต้องชดเชยเงินค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์และค่าธรรมเนียมพิเศษ ตามจำนวนที่ได้รับการยกเว้น จึงจะสามารถโอนย้ายหรือลาออกได้</p>													

3. ปฏิทินดำเนินการคัดเลือก

วันที่	กิจกรรม
1 ตุลาคม - 30 ตุลาคม 2567	ผู้สมัครลงทะเบียนเพื่อขอชื่อผู้ใช้ (Username) และรหัสผ่าน (password) เข้าระบบทางเว็บไซต์ที่ https://e-admission.psu.ac.th
	รับสมัครออนไลน์ และแก้ไขข้อมูลการสมัคร ทางเว็บไซต์ที่ https://e-admission.psu.ac.th โดยระบบจะปิดเวลา 23.00 น. ในวันที่สิ้นสุดการรับสมัคร
1 ตุลาคม - 31 ตุลาคม 2567	ชำระเงินค่าสมัคร จำนวน 200 บาท โดยการ Scan QR Code ผ่าน Mobile application ของธนาคารที่ปรากฏในหน้าชำระเงิน (ชำระเงินค่าสมัครให้เสร็จสิ้นไม่เกิน 23.59 น.) หมายเหตุ : ค่าธรรมเนียม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใดๆ
28 ตุลาคม 2567 เป็นต้นไป	ผู้สมัครทุกคนต้องไปสมัครลงทะเบียนและยืนยันตัวตนในระบบ TCAS ของสมาคม ทปอ. ทางเว็บไซต์ https://student.mycas.com เพื่อใช้ในการยืนยันสิทธิ์
11 พฤศจิกายน 2567	ประกาศรายชื่อผู้ได้รับคัดเลือกเพื่อสอบสัมภาษณ์ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th/nur/news_all.aspx
14 พฤศจิกายน 2567	สอบสัมภาษณ์
21 พฤศจิกายน 2567	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสัมภาษณ์ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th/nur/news_all.aspx
5 - 6 กุมภาพันธ์ 2568	ผู้ผ่านการสัมภาษณ์ยืนยันสิทธิ์ในระบบ TCAS ทางเว็บไซต์ https://student.mycas.com ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (สมาคม ทปอ.)
11 กุมภาพันธ์ 2568	มหาวิทยาลัยประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาทางเว็บไซต์ https://admission.psu.ac.th
พฤษภาคม - มิถุนายน 2568	รายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาและชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา ติดตามรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ http://reg.psu.ac.th

4. เอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร พร้อมอัปโหลดเอกสารเข้าระบบ (เรียงตามลำดับ)

- ใบระเบียบแสดงผลการเรียน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (เฉพาะด้านหน้า) หรือบัตรประจำตัวนักเรียน (ต้องมีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักประกอบด้วย)
- ประกาศนียบัตร/วุฒิบัตร แฟ้มสะสมผลงาน หรือเอกสารอื่นๆ ที่แสดงความสามารถทางวิชาการหรือความสามารถพิเศษของผู้สมัคร
- ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย ใบรายงานการตรวจตาบอดสี รับรองโดยจักษุแพทย์ ใบรับรองแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก ตามแบบฟอร์มที่คณะกำหนด สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่เว็บไซต์ <https://entrance.psu.ac.th/form.html>
- สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล (ถ้ามี)
- อื่นๆ (ถ้ามี)
- แบบฟอร์ม Portfolio สามารถโหลดได้ที่ <https://admission.psu.ac.th/linkother/>

หมายเหตุ ผู้สมัครจะต้อง Upload เอกสารการสมัครให้ครบถ้วน ถูกต้อง และชัดเจน รวมเป็นไฟล์เดียวกัน โดยบันทึกเป็นนามสกุล .pdf ขนาดไฟล์ไม่เกิน 25 MB แล้ว Upload เอกสารผ่านระบบที่เว็บไซต์ <https://e-admission.psu.ac.th> หากคณะฯ ไม่สามารถพิจารณาตรวจสอบเอกสารได้ ถือว่าการสมัครไม่สมบูรณ์

5. วิธีพิจารณาการคัดเลือก

- 5.1 มหาวิทยาลัย (โดยคณะ) จะตรวจสอบคุณสมบัติทั่วไป (ข้อ 1) และคุณสมบัติเฉพาะ (ข้อ 2) ของผู้สมัครในเบื้องต้น หากผู้ใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่คณะ/สาขาวิชา กำหนด จะไม่ได้รับการพิจารณาในขั้นตอนต่อไป
- 5.2 กรณีที่มีจำนวนผู้สมัครมากกว่าจำนวนที่ประกาศรับ คณะฯ จะคัดเลือกด้วยการจัดลำดับโดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX) และหลักฐานที่เป็นเอกสารอื่นๆ ที่ผู้สมัครได้ยื่นเป็นหลักฐานประกอบการสอบสัมภาษณ์ ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการ
- 5.3 เมื่อผู้สมัครได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์แล้ว คณะกรรมการของคณะจะทำการสอบสัมภาษณ์ ทดสอบความพร้อมทางการศึกษา และพิจารณาเอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

การพิจารณาตัดสินผลการคัดเลือกของคณะกรรมการชุดต่างๆ ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถือเป็นขั้นสุดท้าย

6. เงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- 6.1 นักศึกษาต้องศึกษาและผ่านการวัดและประเมินผลรายวิชาต่าง ๆ ครบถ้วนตามหลักสูตร ข้อกำหนดและเงื่อนไขของสาขาวิชา และเป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- 6.2 นักศึกษาต้องสอบผ่านภาษาอังกฤษตามมาตรฐานขั้นต่ำที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กำหนด
- 6.3 นักศึกษาจะต้องผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อพัฒนานักศึกษาตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

7. สถานที่ติดต่อสอบถาม

- ชื่อผู้ประสานงาน คุณธัญกานต์ แก้วพิบูลย์
- ชื่อหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- เบอร์ติดต่อ 074 286450

ประกาศ ณ วันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2567

ดร. เกกิง วงศ์ศิริโชติ

Digitally signed: 2024.09.25 22:57:30 +07:00

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกกิง วงศ์ศิริโชติ)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่



หนังสือรับรองการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....
โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....
ขอรับรองว่านาย/นางสาว.....ได้รับการฝึกช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเพื่อเสริมสร้าง
ประสบการณ์ สำหรับผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (โครงการโนติงเกล) คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2568 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
(โครงการในดิงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2568**

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
โรงเรียน/สถาบันการศึกษา.....จังหวัด.....
สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....
ขอส่งรายชื่อเรียนที่ประสงค์จะสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (โครงการ ใน
ดิงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2568 ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 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

รายงานการตรวจสอบสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการในดิงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2568

(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. อื่นๆ |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษา แล้ว 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 ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ

สำหรับติด

รูปถ่ายขนาด

1 นิ้ว

รายงานการตรวจตาบอดสี
การดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการโนติงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2568

(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

ใบรายงานผลการตรวจตาบอดสี ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นของจักษุแพทย์ผู้ตรวจกำกับ

สำหรับติด

รูปถ่ายขนาด

1 นิ้ว

รายงานการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการในดิงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2568

(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

ใบรายงานผลการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรที่สมบูรณ์ต้องมีตราของ
โรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่ายและต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก
ผู้ตรวจกำกับ