



รายงานการตรวจตาบอดสี

ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียนเพื่อเข้าศึกษา

ในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำหรับ
ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

(ประทับตราสถานพยาบาลของรัฐ/เอกชน)

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

ความเห็นของแพทย์ (เกี่ยวกับตาบอดสีของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

- () ไม่เป็นตาบอดสี
() มีตาบอดสี ระบุ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับรุนแรง

อื่นๆ ระบุ.....

Doctor/Physician's Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ

- ใบรายงานผลการตรวจตาบอดสีที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของสถานพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
- ผู้ได้รับคัดเลือกฯ สามารถไปขอรับการตรวจตาบอดสีได้จากสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนทุกแห่ง