



ประกาศ

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

เรื่อง การรับสมัครสอบคัดเลือกนักศึกษาตามโครงการรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษ เพื่อเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา 2560

.....

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร มีความประสงค์จะรับสมัครสอบคัดเลือกนักศึกษาตามโครงการรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษ เพื่อเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา 2560 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กำหนดการรับสมัครคัดเลือก

27 มีนาคม – 25 พฤษภาคม 2560	สมัครทางเว็บไซต์ www.sc.su.ac.th (ดูรายละเอียดในวิธีการสมัคร)
27 มีนาคม – 26 พฤษภาคม 2560	ชำระเงินผ่านทางธนาคาร
27 มีนาคม – 26 พฤษภาคม 2560	ส่งหลักฐานประกอบการสมัครทางไปรษณีย์ หรือ ส่งด้วยตนเอง
12 มิถุนายน 2560	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์ www.sc.su.ac.th
16 มิถุนายน 2560	สอบสัมภาษณ์ ที่คณะวิทยาศาสตร์
21 มิถุนายน 2560	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ทางเว็บไซต์ www.sc.su.ac.th
3-11 กรกฎาคม 2560	ขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา
16 สิงหาคม 2560	ปฐมนิเทศนักศึกษาใหม่ คณะวิทยาศาสตร์
21 สิงหาคม 2560	เปิดเรียนภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2560

ทั้งนี้ กำหนดการรับสมัครสอบคัดเลือกอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมและจะประกาศให้ทราบ

จำนวนรับ

คณะฯ รับนักศึกษาเข้าศึกษาในโครงการรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษ โดยให้**ผู้สมัครเลือกสมัครได้เพียงกลุ่มเดียว** ดังนี้

กลุ่มที่ 1	รับจำนวน 140 คน ในสาขาวิชาดังต่อไปนี้		
	คณิตศาสตร์	15	คน
	คณิตศาสตร์ประยุกต์	15	คน
	สถิติ	15	คน
	ฟิสิกส์	20	คน
	เคมี	20	คน
	ชีววิทยา	20	คน
	จุลชีววิทยา	15	คน
วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม	20	คน	
กลุ่มที่ 2	รับจำนวน 60 คน ในสาขาวิชาดังต่อไปนี้		
	วิทยาการคอมพิวเตอร์	30	คน
	เทคโนโลยีสารสนเทศ	30	คน

หมายเหตุ คณะวิทยาศาสตร์จะดำเนินการจัดนักศึกษาเข้าสาขาวิชาเอก โดยให้ผู้สมัคร**ที่มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์**กรอกแบบแสดงความจำนงเลือกสาขาวิชาเอกในวันสอบสัมภาษณ์ และจะประกาศผลการสอบสัมภาษณ์และมีสิทธิ์เข้าศึกษา แยกตามสาขาวิชาที่ได้รับการคัดเลือก

คุณสมบัติของผู้สมัคร

1. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย แผนการเรียนวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์
2. ไม่เป็นโรคภัยแรงซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
3. มีความประพฤติเรียบร้อย และมีบุคลิกภาพเหมาะสม
4. เป็นผู้ที่มีผู้รับรองว่าจะอุดหนุนค่าบำรุงและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาการศึกษา
5. เป็นผู้ที่มีคะแนนสอบจากระบบใดระบบหนึ่ง ของ สทศ. ตามที่ระบุไว้ในเกณฑ์การคัดเลือกในประกาศฯ นี้

ค่าใช้จ่ายในการศึกษา

ประมาณการค่าใช้จ่าย เป็นค่าหน่วยกิตและค่าธรรมเนียมการศึกษา ต่อภาคการศึกษาละประมาณ 35,000 บาท (ไม่รวมค่าที่พัก ค่าหนังสือ และค่าใช้จ่ายส่วนตัว) โดยค่าใช้จ่ายอาจแตกต่างกันไปตามสาขาวิชาที่เข้าศึกษา ผู้เข้าศึกษาในโครงการรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษ จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการศึกษาเองทั้งหมด เนื่องจากการดำเนินการของโครงการนี้มิได้ใช้งบประมาณแผ่นดินมาสนับสนุน

วิธีการคัดเลือกและเกณฑ์การคัดเลือก

ผู้สมัครสามารถเลือกใช้คะแนนจากระบบใดระบบหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้เลือกยื่นคะแนนได้เพียงระบบเดียว โดยคะแนนยังไม่หมดอายุภายในวันสุดท้ายของการรับสมัคร ดังต่อไปนี้

1. คะแนนในระบบ Admissions กลาง จำนวน 3 วิชา (**ต้องมีคะแนนครบทุกวิชา**) โดยกำหนดสัดส่วนในการคิดค่าน้ำหนักของคะแนน 3 วิชา เป็น 100 % ดังนี้

ความถนัดทั่วไป (GAT) 20 %		ความถนัดทางวิชาชีพ และวิชาการ (PAT) 80 %	
รหัสและชื่อวิชา	ค่าน้ำหนัก (%)	รหัสและชื่อวิชา	ค่าน้ำหนัก (%)
85 GAT	20 %	71 PAT 1	20 %
		72 PAT 2	60 %
รวม		100 %	

2. คะแนนจากการสอบวิชาสามัญ ซึ่งจัดสอบโดยสถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ (องค์การมหาชน) (สทศ.) จำนวน 5 วิชา (**ต้องมีคะแนนครบทุกวิชา**) โดยกำหนดสัดส่วนในการคิดค่าน้ำหนักของคะแนน 5 วิชา เป็น 100 % ดังนี้

รหัสวิชา	วิชาสามัญ	ค่าน้ำหนัก (%)
29	ภาษาอังกฤษ	20 %
39	คณิตศาสตร์ 1	20 %
49	ฟิสิกส์	20 %
59	เคมี	20 %
69	ชีววิทยา	20 %

วิธีการสมัคร

1. ผู้สมัครเข้าสู่เว็บไซต์ www.sc.su.ac.th เพื่อทำการสมัคร โดยกรอกข้อมูลในระบบให้ครบถ้วน เมื่อกรอกข้อมูลเสร็จแล้ว ให้ตรวจสอบความถูกต้องให้ดีกว่าก่อน แล้วจึงยืนยันการสมัคร (**เมื่อทำการสมัครเสร็จสิ้นแล้ว จะไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้**)
2. ผู้สมัครพิมพ์ใบสมัครและพิมพ์ใบชำระเงินผ่านธนาคาร ออกจากระบบ
3. ผู้สมัครนำใบชำระเงินไปจ่ายผ่าน ธนาคารกรุงไทย หรือ ธนาคารทหารไทย หรือ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา โดยชำระเงินค่าสมัคร จำนวน 500 บาท และจ่ายค่าธรรมเนียมธนาคาร จำนวน 10 บาท (ค่าสมัคร จะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใดๆ)
4. ผู้สมัครรวบรวม ใบสมัคร หลักฐานการชำระเงินที่ธนาคารคืนให้ พร้อมทั้งหลักฐานประกอบการสมัครตามที่ระบุไว้ในประกาศฯ ส่งไปที่ งานบริการการศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร โดยส่งด้วยตนเอง หรือ **ส่งทางไปรษณีย์ แบบ EMS ภายในวันที่ 26 พฤษภาคม 2560 โดยยึดตราประทับไปรษณีย์ต้นทางเป็นสำคัญ หากพ้นกำหนดนี้จะไม่พิจารณาใบสมัคร**
5. ผู้สมัครสามารถตรวจสอบสถานะการชำระเงิน ภายใน 3 วันทำการหลังจากชำระเงิน และตรวจสอบสถานะการสมัครภายใน 5 วันทำการหลังจากส่งเอกสารการสมัครแล้ว ได้ที่ เว็บไซต์ www.sc.su.ac.th หากมีปัญหาในการสมัครบนระบบออนไลน์ สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ งานบริการการศึกษา โทรศัพท์หมายเลข 0-3424-5303

หลักฐานการสมัคร (เอกสารทุกฉบับให้ผู้สมัครรับรองสำเนาถูกต้องให้ครบถ้วน)

1. ใบสมัครที่กรอกข้อความสมบูรณ์ โดยสิ่งพิมพ์ออกจากระบบรับสมัคร ดัดรูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว และลงลายมือชื่อในใบสมัคร
2. หลักฐานการชำระเงินค่าสมัคร ที่ชำระผ่านทางธนาคาร (สำเนาส่วนที่ธนาคารคืนให้)
3. ใบรับเป็นผู้ปกครอง ที่ลงนามเรียบร้อยแล้ว (อยู่ในประกาศรับสมัครฯ หน้า 5)
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
5. สำเนาใบประเมินแสดงผลการศึกษา (ปพ.1: พ) ทั้งด้านหน้าและด้านหลังที่แสดงว่าจบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายโดยมีตราโรงเรียนประจำรับรองพร้อมลายมือชื่อผู้อำนวยการโรงเรียน หรือผู้ที่ทำการแทน
6. สำเนาผลคะแนนที่ผู้สมัครเลือกใช้ยื่นสมัคร **โดยคะแนนยังไม่หมดอายุภายในวันสุดท้ายของการรับสมัคร**

ผู้สมัครที่ส่งหลักฐานไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ตามรายการข้างต้น หรือหลักฐานไม่ตรงกับข้อมูล que ผู้สมัครกรอกไว้ในระบบรับสมัครทางเว็บไซต์ ถือว่าขาดคุณสมบัติ และไม่มีสิทธิ์เข้าศึกษา ถึงแม้ว่าจะผ่านกระบวนการคัดเลือกไปแล้ว มหาวิทยาลัยจะตรวจสอบหลักฐานกับต้นฉบับอีกครั้งในวันที่ผู้สมัครมารายงานตัวหลังจากได้รับการคัดเลือกแล้ว หากพบว่าไม่ถูกต้องตามคุณสมบัติของผู้สมัคร จะถูกตัดสิทธิ์เข้าศึกษาทันที

การส่งหลักฐานการสมัคร

ผู้สมัครสามารถเลือกส่งเอกสารการสมัคร ได้ 2 วิธี คือ

1. **ส่งด้วยตนเอง** (ในวันและเวลาราชการ) ได้ที่ งานบริการการศึกษา อาคารวิทยาศาสตร์ 1 ชั้นล่าง คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์ อ.เมือง จ.นครปฐม โทรศัพท์ 0-3424-5303 โทรสาร 0-3424-5343 ภายในวันที่ **26 พฤษภาคม 2560** **หรือ**
2. **ส่งทางไปรษณีย์ แบบลงทะเบียนด่วนพิเศษ (EMS)** จำหน่ายของถึงงานบริการการศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์ เลขที่ 6 ถ.ราชมรรคาใน ต.พระปฐมเจดีย์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000 (วงเล็บมุมซอง “เอกสารสมัครโครงการวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษ”) ทั้งนี้ ผู้สมัครต้องส่งเอกสารการสมัคร **ภายในวันที่ 26 พฤษภาคม 2560 โดยยึดตราประทับไปรษณีย์ต้นทางเป็นสำคัญ** หากพ้นกำหนดนี้จะไม่พิจารณาใบสมัคร

การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์

คณะวิทยาศาสตร์จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์และสถานที่สอบสัมภาษณ์ ในวันที่ **12 มิถุนายน 2560** โดยให้ผู้สมัครตรวจสอบรายชื่อได้ทางเว็บไซต์ www.sc.su.ac.th

การสอบสัมภาษณ์และสถานที่สอบสัมภาษณ์

ผู้ที่มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ให้มาสอบสัมภาษณ์ในวันที่ **16 มิถุนายน 2560** โดยให้มารายงานตัวสอบสัมภาษณ์เวลา 8.00 – 9.00 น. เริ่มสอบสัมภาษณ์เวลา 9.00 น. ณ ห้องไววิทย์ พุทธาริ ชั้น 3 อาคารวิทยาศาสตร์ 1 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์ จ.นครปฐม **ผู้ไม่มาสอบสัมภาษณ์ตามวันและเวลาที่กำหนดถือว่าสละสิทธิ์**

เอกสารที่ต้องนำมาแสดงในวันสอบสัมภาษณ์

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. รายงานการตรวจสุขภาพและเอกซเรย์ร่างกายผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เพื่อเข้าศึกษาในโครงการรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร (อยู่ในประกาศรับสมัครฯ หน้า 6 – 7)
3. ต้นฉบับผลคะแนนจากการสอบ ที่ยื่นสมัคร

การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จะประกาศผลการสอบสัมภาษณ์และรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ภายในวันที่ 21 มิถุนายน 2560 โดยให้ตรวจสอบรายชื่อได้ทางเว็บไซต์ www.sc.su.ac.th

การขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา

ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาจะต้องขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา ระหว่างวันที่ 3-11 กรกฎาคม 2560 ตามรายละเอียดในเอกสารของกองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร ซึ่งจะแจกให้ในวันสอบสัมภาษณ์ **ผู้ไม่ขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา ตามวันและเวลาที่กำหนดถือว่าสละสิทธิ์**

เงื่อนไขในการเข้าศึกษาในโครงการรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษ

1. ผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาในโครงการรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษแล้ว ไม่สามารถขอเปลี่ยนโครงการเป็นนักศึกษาโครงการปกติของคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้ ยกเว้นนักศึกษาต้องสมัครสอบและได้รับการคัดเลือกให้เข้าศึกษาในโครงการปกติ
2. นักศึกษาในโครงการรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษ สามารถยื่นคำร้องขอย้ายสาขาวิชาได้ โดยต้องเป็นไปตามระเบียบของคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ว่าด้วยการขอเปลี่ยนสาขาวิชาเอกสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต และยังคงเป็นนักศึกษาโครงการวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษเหมือนเดิม

ประกาศ ณ วันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2560

(ลงนาม) สืบสกุล อยู่ยืนยง
(รองศาสตราจารย์ ดร.สืบสกุล อยู่ยืนยง)
คณบดีคณะวิทยาศาสตร์

ใบผู้รับเป็นผู้ปกครอง

โครงการรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่..... ซอย.....
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 โทรศัพท์มือถือ ประกอบอาชีพ.....

ขอรับเป็นผู้ปกครอง (นาย/นางสาว)..... ซึ่งได้สมัครเข้าเป็นนักศึกษาโครงการ
 รับนักศึกษาวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร โดยข้าพเจ้าเกี่ยวข้องเป็น
 ของผู้สมัคร หากผู้สมัครได้รับการคัดเลือกให้เข้าศึกษาในโครงการรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษ ข้าพเจ้าขอทำ
 หนังสือฉบับนี้ให้ไว้แก่ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร เพื่อเป็นหลักฐานว่า

1. ข้าพเจ้าขอรับเป็นผู้ดูแลแล้วกล่าวอบรม และตักเตือนให้ (นาย/นางสาว).....
 มีความตั้งใจ ขยันหมั่นเพียรต่อการศึกษา และประพฤติตนเรียบร้อยให้สมกับเป็นนักศึกษาที่ดี อยู่ในระเบียบวินัยตามข้อบังคับ
 มหาวิทยาลัยศิลปากร ทุกประการ

2. ข้าพเจ้าขอรับที่จะอุดหนุนและอุปการะ (นาย/นางสาว).....
 ในเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นในการศึกษา ตลอดระยะเวลาการศึกษา *(ค่าหน่วยกิตและค่าธรรมเนียมการศึกษา
 ประมาณ 35,000 บาทต่อภาคการศึกษา)*

3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (นาย/นางสาว)..... เป็นผู้ที่มีความ
 ประพฤติเรียบร้อย สมควรที่จะรับเข้าเป็นนักศึกษาของโครงการรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษ คณะวิทยาศาสตร์
 มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง
 (.....)

คำชี้แจง

ผู้มีสิทธิ์ลงนามเป็นผู้ปกครองนักศึกษา จะต้องเป็นบิดา มารดา หรือญาติผู้ใหญ่ที่ให้การอุปการะนักศึกษาได้

หมายเหตุ - เอกสารนี้ให้แนบและส่งพร้อมใบสมัคร

**การตรวจสุขภาพและเอกซเรย์ร่างกายผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์
เพื่อเข้าศึกษาในโครงการรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษ
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
ประจำปีการศึกษา 2560**

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ผู้ที่ได้รับการประกาศชื่อว่าเป็นผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ เพื่อเข้าศึกษาในโครงการรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์เพิ่มพิเศษ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ประจำปีการศึกษา 2560 ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลของรัฐบาล หรือโรงพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง โดยให้นำเอกสารนี้ไปให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐาน **พร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจโรค** ส่วนในข้อ 1 – 2 ให้ผู้สอบคัดเลือกเป็นผู้กรอกข้อความให้เรียบร้อยและถูกต้องทุกประการ และให้นำเอกสารชุดนี้ส่งคืนคณะวิทยาศาสตร์ ในวันสอบสัมภาษณ์

1. ประวัติส่วนตัว ชื่อ – สกุล นาย นางสาว(ตัวบรรจง)
วัน เดือน ปีเกิด..... จังหวัดที่เกิด.....
จบการศึกษาจากโรงเรียน..... จังหวัด.....
เข้าสอบสัมภาษณ์ ณ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จังหวัดนครปฐม
2. ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับผู้สอบคัดเลือกกรอก) โดยทำเครื่องหมาย ลงใน
ผู้สอบคัดเลือกเคยมี หรือ มีโรค อาการ และภาวะการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้หรือไม่ (โปรดตอบตรงตามความจริง)

มี	ไม่มี	โรค	รายละเอียด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หอบหืด (Asthma)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไอเป็นเลือด (Hemoptysis)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไวรัสตับอักเสบบ A, B	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคลมชัก (Epilepsy)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท่อน้ำหนวก (Otorrhea)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไส้เลื่อน (Hernia)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture/Accident)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหัวใจ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อื่น ๆ	.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่น่าเป็นจริง หรือมีการบิดเบือนข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการสอบคัดเลือกนี้ แม้ว่าจะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาที่ยังมหาวิทยาลัยแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ.....

ชื่อผู้สอบคัดเลือกที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3. ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจร่างกาย.....
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... เลขที่ผู้ป่วย (H.N.).....
 วัน / เดือน / ปี ที่เข้าตรวจร่างกาย

4. เอกซเรย์ร่างกาย

ผลของ chest x-ray

.....

5. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า..... ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต

เลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... แล้วเห็นว่านาย/นางสาว.....เป็นผู้

มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และปราศจากโรค ดังต่อไปนี้

- | มี | ไม่มี | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. โรคเรื้อน |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. วัณโรคในระยะอันตราย |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. โรคติดยาเสพติดให้โทษ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. โรคพิษสุราเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. โรคจิตต่าง ๆ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึง ระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ตาบอดสี |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. หูหนวก |

หมายเหตุ (ความเห็นแพทย์)

6. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

มีสุขภาพที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย

มีสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย

เนื่องจาก.....

(ลงนาม)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล