



ใบแสดงผลการตรวจร่างกาย ผู้สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี
คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (นาย/นางสาว).....อายุปี
เลขประจำตัวผู้สมัคร..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....
โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้..... สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี คณะวิศวกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล ระบบ TCAS รอบที่..... หลักสูตร (ภาครื่องหมาย ให้นำรหัสหลักสูตรที่สมัคร)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> วศ.บ. (วิศวกรรมเครื่องกล) | <input type="checkbox"/> วศ.บ. (วิศวกรรมเคมี) |
| <input type="checkbox"/> วศ.บ. (วิศวกรรมอุตสาหกรรม) | <input type="checkbox"/> วศ.บ. (วิศวกรรมไฟฟ้า) |
| <input type="checkbox"/> วศ.บ. (วิศวกรรมคอมพิวเตอร์) | <input type="checkbox"/> วศ.บ. (วิศวกรรมโยธา) |
| <input type="checkbox"/> วศ.บ. (วิศวกรรมชีวการแพทย์) หลักสูตรนานาชาติ | <input type="checkbox"/> วศ.บ. (วิศวกรรมเคมี) หลักสูตรนานาชาติ |
| <input type="checkbox"/> วศ.บ. (วิศวกรรมอุตสาหกรรม) หลักสูตรนานาชาติ | |

โดยปรากฏผลการตรวจ ดังนี้

1. ตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท
 ร่างกายสมบูรณ์ สามารถเข้าศึกษาได้
 พบสิ่งผิดปกติได้แก่.....

2. ผล X-ray ปอด ปกติ ผิดปกติ เนื่องจาก.....
3. ผลการตรวจตา ตามปกติ ตาไม่ปกติ.....

ผลการตรวจร่างกายโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....

แพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

โทร.....

ลงชื่อ
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ...../...../.....

หมายเหตุ : 1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

2. ตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น โดยใบผลการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจ
ถึงวันสอบสัมภาษณ์