



ติดรูปถ่าย
ผู้สมัคร
ขนาด 1"

ใบรับรองผลการศึกษา

ผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ระบบ TCAS ปีการศึกษา 2565

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่งบริหาร.....

โรงเรียน/สถาบัน..... ตั้งอยู่ในเขตอำเภอ.....

จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..... ผู้สมัครในหลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระบบ TCAS ประจำปีการศึกษา 2565 รอบที่ 2 โควตา (Quota) กำลัง
ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียน..... เป็นผู้ที่มีความประพฤติดี
มีสัมมาคารวะ ไม่เคยประพฤติตนไปในทางเสื่อมเสีย มีความขยันหมั่นเพียร เอาใจใส่ในการศึกษาเล่าเรียน และได้รับคะแนนเฉลี่ยสะสม
(GPAX) 5 ภาคการศึกษา (ม.4-ม.6) =

ทั้งนี้ ทางโรงเรียน/ สถาบัน ได้ตรวจสอบคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX) 5 ภาคการศึกษาเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงเรียน/ สถาบันหรือผู้แทน

(โปรดประทับตราโรงเรียน)



ลำดับที่..... (สำหรับเจ้าหน้าที่)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้สมัคร หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2565 รอบที่ 2 โควตา

1. ชื่อ นาย / นาง / นางสาวนามสกุล.....อายุ.....ปี
ศาสนา..... น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....

2. ประวัติครอบครัว

- บิดา อายุ.....ปี () มีชีวิต () ถึงแก่กรรม อาชีพ/ลักษณะงาน.....
- มารดา อายุ.....ปี () มีชีวิต () ถึงแก่กรรม อาชีพ/ลักษณะงาน.....
- บิดา / มารดา () อยู่ร่วมกัน () หย่า / แยกกันอยู่ () อื่น ๆ ระบุ.....
- รายได้ครอบครัว () ค่อนข้างดี/ มีเงินเหลือเก็บ () พอเพียงกับการใช้จ่าย () ค่อนข้างขาดแคลน/กู้ยืม

3. ประวัติส่วนตัว

- เป็นบุตรคนที่.....ในจำนวนทั้งหมด.....คน ยังอยู่ในความอุปการะของบิดา / มารดา.....คน

- คุณลักษณะเด่นภาคภูมิใจตนเอง

- คุณลักษณะที่ควรปรับปรุง

- ความสามารถ / ความถนัด / ประสบการณ์ / กิจกรรมพิเศษ

- การได้รับรางวัล / เกียรติบัตร

4. ความคิดเห็นต่อวิชาชีพการพยาบาล

5. เป้าหมายในอนาคต

6. ประวัติสุขภาพ (โปรดระบุทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต)

โรคประจำตัว () ไม่มี () มี โปรดระบุ.....
 การรักษาปัจจุบัน () ไม่มี () มี โปรดระบุการรักษาและยาที่ได้รับ

ทั้งนี้ ผู้สมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ต้องมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงและปราศจากโรค อาการของโรคหรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพเวชกรรม/วิชาชีพการพยาบาล ดังต่อไปนี้

(1) มีปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง และ/หรือผู้อื่น เช่น โรคจิต (Psychotic Disorders) กลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorders) โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorders) โดยเฉพาะ Antisocial Personality Disorders หรือ Borderline Personality Disorders รวมถึงปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

(2) เป็นโรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวรอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

(3) เป็นโรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ที่อาจเกิดอันตราย ต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

(4) มีความพิการทางร่างกายอันอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

(5) มีความผิดปกติด้านสุขภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

(5.1) ตาบอดสี โดยได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว

(5.2) ระดับการมองเห็นในตาข้างดี แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40

(5.3) มีความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง โดยมีระดับการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ 500 - 2,000 เฮิรตซ์ สูงกว่า 40 เดซิเบล และความสามารถในการแยกแยะคำพูด (Speech Discrimination Score) น้อยกว่าร้อยละ 70 จากความผิดปกติของประสาทและเซลล์ประสาทการได้ยิน (Sensorineural Hearing Loss)

(5.4) โรคหรือความพิการอื่น ๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ข้างต้น ที่คณะกรรมการแพทย์ผู้ตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ทั้งนี้คณะคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์อาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค หรือผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกรณีตรวจเพิ่มเติมได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากพบภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อ (1) - (6) ข้อใดข้อหนึ่ง หรือให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ หรือจงใจปกปิดข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมถูกตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้และการเป็นนักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล แม้ว่าจะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยแล้วก็ตาม

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)



ใบรับรองแพทย์

ผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ระบบ TCAS ปีการศึกษา 2565

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ - สกุลผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....อายุ..... ปี

เลขที่บัตรประชาชน..... วัน/เดือน/ปีเกิด

ที่อยู่ปัจจุบัน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด โทรศัพท์มือถือ

เป็นผู้สมัครในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระบบ TCAS ประจำปีการศึกษา 2564
รอบที่ 2 โควตา โครงการ.....

โดยปรากฏผลการตรวจร่างกาย ดังต่อไปนี้

1. ตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต มิลลิเมตรปรอท

ร่างกายสมบูรณ์

พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่

2. ผล X-Ray ปอด ปกติ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

3. ผลการตรวจตาบอดสี ไม่เป็นตาบอดสี

มีตาบอดสี โปรดระบุระดับเล็กน้อยระดับปานกลางระดับรุนแรง

4. ตรวจปัสสาวะ ปกติ

พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่

ผลการตรวจร่างกายโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....

แพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

โรงพยาบาล..... ที่ตั้ง.....

..... โทรศัพท์.....

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ/...../.....

หมายเหตุ : 1. โปรดประทับตราสถานพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

2. ตรวจร่างกายจากสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น โดยใบรับรองผลการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ตรวจถึงวันส่งผลการตรวจ