

ๆ ที่ไม่ได้ระบุไว้ แต่คณะกรรมการสอบคัดเลือกของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลให้ ความเห็นว่า อาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

3.2.3 รายการเอกสารอัปโหลดในระบบ MU-TCAS

1. รูปถ่ายดิจิทัลของผู้สมัคร เป็นรูปเดี่ยว ขนาด 1.5x2 นิ้ว หน้าตรงเต็มหน้า เห็นใบหน้าชัดเจน มีขนาดของ ใบหน้า ประมาณร้อยละ 80 ของพื้นที่รูป สวมชุดนักเรียนหรือชุดสุภาพ ไม่สวมหมวกและแว่นตา พื้นหลัง สีขาวหรือสีฟ้าหรือสีน้ำเงิน เป็นรูปที่ไม่ถูกปรับแต่งทางดิจิทัล และถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จัดทำเป็นไฟล์รูป นามสกุล .jpg ขนาดความกว้างระหว่าง 180-500 พิกเซล และสูงระหว่าง 200-600 พิกเซล ขนาดไฟล์ไม่เกิน 240 KB
2. บัตรประจำตัวประชาชน เฉพาะด้านหน้าที่มีรูปของผู้สมัคร ถ่ายเอกสารหรือสแกนบนกระดาษขนาด A4 เขียนข้อความ “รับรองสำเนาถูกต้อง” พร้อมลงลายมือชื่อ – ชื่อสกุลของผู้สมัคร ลงในกระดาษหรือดิจิทัล ไฟล์แล้วสแกนหรือแปลงเป็นไฟล์นามสกุล .pdf ขนาดไฟล์ไม่เกิน 2 MB
3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร เฉพาะหน้าแรกและหน้าที่มีชื่อของผู้สมัคร ถ่ายเอกสารหรือสแกนบนกระดาษขนาด A4 เขียนข้อความ “รับรองสำเนาถูกต้อง” พร้อมลงลายมือชื่อ – ชื่อสกุลของผู้สมัคร ลงในกระดาษหรือดิจิทัล ไฟล์แล้วสแกนหรือแปลงเป็นไฟล์นามสกุล .pdf ขนาดไฟล์ไม่เกิน 2 MB
4. ระเบียบแสดงผลการเรียน (ปพ.1) ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 (6ภาคการศึกษา) ที่โรงเรียนออกให้โดยต้องมี ตราประทับของโรงเรียน ถ่ายเอกสารหรือสแกนบนกระดาษขนาด A4 ผู้สมัครเขียนข้อความ “รับรองสำเนาถูกต้อง” พร้อมลงลายมือชื่อ – ชื่อสกุลของผู้สมัคร ลงในกระดาษหรือดิจิทัลไฟล์ แล้วสแกนหรือแปลงเป็นไฟล์นามสกุล .pdf ขนาดไฟล์ไม่เกิน 2 MB (กรณีมี 2 หน้าให้สแกน ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง รวมไว้ในไฟล์เดียวกัน และลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทั้งสองหน้า)
5. ผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มของคณะ (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้จาก <https://tcas.mahidol.ac.th/>) โดยเป็นใบรับรองแพทย์ที่ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐบาลหรือโรงพยาบาลของเอกชนที่แสดงว่าผู้สมัครต้องมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรค อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ได้แก่ โรคจิตชนิดต่างๆ อันอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น โรคติดต่อในระยะติดต่อกับอันตราย ตาบอดสี (การตรวจตาบอดสีต้องได้รับการตรวจ Ishihara Test และ Farnsworth D-15 hue Test โดยแพทย์ระบุว่าไม่มีผลต่อการเรียน) หูหนวก หรือเป็นใบ้ และโรคอื่นๆ ตามที่สภาเภสัชกรรมกำหนด โดยจะต้องมีใบรับรองแพทย์มายืนยัน ทั้งนี้รวมถึงโรคหรือความพิการอื่นๆ ที่ไม่ได้ระบุไว้ แต่คณะกรรมการสอบคัดเลือกของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลให้ ความเห็นว่า อาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
6. ใบแสดงผลคะแนนวิชาสามัญ (A-Level) ที่จัดสอบโดย ทปอ. ในวันที่ 16-17 มีนาคม 2567 เท่านั้นถ่ายเอกสารหรือสแกนบนกระดาษขนาด A4 เขียนข้อความ “รับรองสำเนาถูกต้อง” พร้อมลงลายมือชื่อ – ชื่อสกุลของผู้สมัคร ลงในกระดาษหรือดิจิทัล ไฟล์แล้วสแกนหรือแปลงเป็นไฟล์นามสกุล .pdf ขนาดไฟล์ไม่เกิน 2 MB
7. ใบแสดงผลคะแนน TGAT ที่จัดสอบโดย ทปอ. ในวันที่ 10 ธันวาคม 2566 เท่านั้น ถ่ายเอกสารหรือสแกนบนกระดาษขนาด A4 เขียนข้อความ “รับรองสำเนาถูกต้อง” พร้อมลงลายมือชื่อ – ชื่อสกุลของผู้สมัคร ลงในกระดาษหรือดิจิทัล ไฟล์แล้วสแกนหรือแปลงเป็นไฟล์นามสกุล .pdf ขนาดไฟล์ไม่เกิน 2 MB

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

โทร. 02-354-3748 หรือ 098-949-2954

เว็บไซต์ <https://pharmacy.mahidol.ac.th/admissions>

อีเมล suchanya.sea@mahidol.ac.th

Facebook <https://www.facebook.com/mupyclub>



Self-certificate

Faculty of Pharmacy, Mahidol University

(Student fills out this section)

National ID / passport No.....

Name.....

Sex Male Female

My name is

I confirm that I do not have any of the following conditions, currently.

1. โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism)
2. โรคลมชัก (Epilepsy)
3. ติดยาเสพติด (Drug Addiction)
4. โรคทางจิตเวช (psychosis)
5. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตรายอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ได้แก่ โรคเท้าช้าง, โรคคุดคระราด หรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ, โรคซิฟิลิสในระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง, โรควัณโรค และโรคเรื้อนในระยะแสดงอาการ
6. โรคไม่ติดต่อ หรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้รับบริการและการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
7. มีความพิการทางร่างกายอันอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
8. มีความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง โดยมีระดับการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ 500-2,000เฮิรตซ์ สูงกว่า 40 เดซิเบล และความสามารถในการแยกแยะคำพูด (Speech discrimination score) น้อยกว่าร้อยละ 70 จากความผิดปกติของประสาทและเซลล์ประสาทการได้ยิน (Sensorineural hearing loss) อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
9. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ ระดับการมองเห็นในตาข้างดี เมื่อแก้ไขด้วยแว่นสายตาแล้ว แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40 ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
10. โรคมะเร็งหรือโรคติดเชื้อร้ายแรงอื่นๆที่ยังรักษาไม่หายขาด (Other active cancer or serious infectious diseases).....
11. โรค หรือ ความพิการอื่นๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

I hereby declare any other diseases (if any),

Student signature.....

(.....)

หมายเหตุ: การให้ข้อมูลเท็จและการทุจริตในการส่งสิ่งตรวจจะมีผลทำให้สิ้นสภาพนักศึกษาได้

Note: Giving false information and sending fraud specimens will result in termination of student status.

Student Health Record Form
Faculty of Pharmacy, Mahidol University



National ID / passport No.....

Name.....

Sex Male Female

Date of examination.....

| | | | | | | |
|---|---|---|---|-------------------|----------------|-----------|
| 1 | Height.....cm | Weight.....kg | BMI...../m ² | BP...../.....mmHg | Pulse...../min | BT.....°C |
| 2 | Eye examination* : Responsible person's name.....code..... | | | | | |
| | Vision : RE.....c glass.....c PH..... / LE.....c glass.....c PH..... | | | | | |
| | Color Blindness test: | | Please attach results of Ishihara test and Farnsworth D-15 hue test | | | |
| | Rt. eye : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal | Lt. eye : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal | | | | |
| 3 | Hearing: Tuning forks test : | | | | | |
| | Air cond. > Bone cond. | Rt. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal / Lt. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal | | | | |
| | Weber's test lateralizing to | <input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt. <input type="checkbox"/> Center | | | | |
| 4 | General appearance | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal..... | | | | |
| | HEENT | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal..... | | | | |
| | Superficial Lymph nodes | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal..... | | | | |
| | Respiratory system | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal..... | | | | |
| | Cardiovascular system | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal..... | | | | |
| | Abdomen | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal..... | | | | |
| | Neurological system | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal..... | | | | |
| | Skin and musculoskeletal | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal..... | | | | |
| | Mental health status | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal..... | | | | |
| 5 | CXR * | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal..... | | | | |
| 6 | Others | | | | | |

Physician's conclusion of opinion and recommendations

.....



Physician Signature.....

(.....)

Medical License Code (เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม).....

Hospital.....

หมายเหตุ: * กรุณาแนบผลการตรวจรายการต่างๆมาด้วย (Please attach the official examination results;

Eye examination, CXR (report and others)

* แบบฟอร์มการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 6 เดือน