

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการพัฒนาผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยมหิดล

- 5.4 โรคหรือความพิการอื่น ๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ข้างต้น ที่คณะกรรมการแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ทั้งนี้คณะกรรมการพยาบาลศาสตร์อาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค หรือผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกรณีตรวจเพิ่มเติมได้

คุณสมบัติอื่น ๆ อันอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทั้งนี้ผลการตัดสินของคณะกรรมการฯ ให้อือเป็นที่สิ้นสุด

ผู้เข้าศึกษาต้องมีคุณสมบัติที่จะปฏิบัติงานในส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐได้หลังจบการศึกษาแล้ว โดยต้องสามารถทำสัญญาผูกพันกับมหาวิทยาลัย เพื่อเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุนได้

3. เอกสารที่ต้องอัปโหลดในระบบ MU-TCAS

- 3.1 รูปถ่ายดิจิทัลของผู้สมัคร เป็นรูปเดี่ยว ขนาด 1.5x2 นิ้ว หน้าตรงเต็มหน้า เห็นใบหน้าชัดเจน มีขนาดของใบหน้าประมาณร้อยละ 80 ของพื้นที่รูป สวมชุดนักเรียนหรือชุดสุภาพ ไม่สวมหมวกและแว่นตา พื้นหลังสีขาวหรือสีฟ้าหรือสีน้ำเงิน เป็นรูปที่ไม่ถูกปรับแต่งทางดิจิทัล และถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จัดทำเป็นไฟล์รูปนามสกุล .jpg ขนาดความกว้าง ระหว่าง 180-500 พิกเซล และสูงระหว่าง 200-600 พิกเซล ขนาดไฟล์ไม่เกิน 240 KB

- 3.2 บัตรประจำตัวประชาชน เฉพาะด้านหน้าที่มีรูปของผู้สมัคร ถ่ายเอกสารหรือสแกนบนกระดาษขนาด A4 เขียนข้อความ “รับรองสำเนาถูกต้อง” พร้อมลงลายมือชื่อ – ชื่อสกุลของผู้สมัคร ลงในกระดาษหรือดิจิทัลไฟล์ แล้วสแกนหรือแปลงเป็นไฟล์นามสกุล .pdf ขนาดไฟล์ไม่เกิน 2 MB

อนึ่ง ในกรณีที่ชื่อ หรือชื่อสกุลของผู้สมัคร ตามบัตรประชาชนไม่ตรงกับสำเนาระเบียนแสดงผลการเรียน (ปพ.1) ให้ถ่ายเอกสารหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือชื่อสกุลลงบนกระดาษ A4 สแกนเป็นไฟล์นามสกุล .pdf แล้วแนบรวมมาในไฟล์เดียวกันกับบัตรประจำตัวประชาชน

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร เฉพาะหน้าแรกและหน้าที่มีชื่อของผู้สมัคร ถ่ายเอกสารหรือสแกนบนกระดาษขนาด A4 หน้าเดียวกัน ผู้สมัครเขียนข้อความ “รับรองสำเนาถูกต้อง” พร้อมลงลายมือชื่อ – ชื่อสกุลของผู้สมัคร ลงในกระดาษหรือดิจิทัลไฟล์ แล้วสแกนหรือแปลงเป็นไฟล์นามสกุล .pdf ขนาดไฟล์ไม่เกิน 2 MB

- 3.3 สำเนาระเบียนแสดงผลการเรียน (ปพ.1) ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ที่โรงเรียนออกให้พร้อมมีตราประทับของโรงเรียน บนกระดาษ A4 ผู้สมัครลงลายมือชื่อ – ชื่อสกุลรับรองสำเนาถูกต้อง แล้วสแกนเป็นไฟล์นามสกุล .pdf หรือ (กรณีมี 2 หน้าให้สแกนทั้งด้านหน้าและด้านหลัง) ขนาดภาพเท่ากับ A4 ขนาดของไฟล์ไม่เกิน 2 MB

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการพัฒนาผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยมหิดล

3.4 ใบแสดงผลการศึกษา วุฒิผู้ช่วยพยาบาล

3.5 หนังสือรับรองปฏิบัติงานจากต้นสังกัด

3.6 ประวัติผู้สมัครตามแบบฟอร์มที่คณะฯ กำหนด (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)

3.7 ผลการตรวจร่างกายจากแพทย์ ตามแบบฟอร์มที่คณะฯ กำหนด (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)

4. การสอบสัมภาษณ์

รายละเอียดการสอบสัมภาษณ์จะแจ้งให้ทราบภายหลัง ทั้งนี้ มีค่าตรวจคุณสมบัติและสอบสัมภาษณ์ 250 บาท (รายละเอียดการชำระเงิน จะแจ้งให้ทราบในวันประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ ผ่านทางเว็บไซต์ www.ns.mahidol.ac.th)

5. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

โทร. 02-441-5333 ต่อ 2122-2123

เว็บไซต์: www.ns.mahidol.ac.th

Facebook: หน่วยทะเบียน คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ประวัติผู้สมัคร หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2566 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 ทั้งนี้คณะกรรมการพยาบาลศาสตราจารย์แต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค หรือผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกรณีตรวจเพิ่มเติมได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากพบภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อ (1) - (6) ข้อใดข้อหนึ่ง หรือให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ หรือจงใจปกปิดข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมถูกตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้และการเป็นนักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล แม้ว่า จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยแล้วก็ตาม

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)



ใบรับรองแพทย์

ผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ระบบ TCAS ปีการศึกษา 2566

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ - สกุลผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี
 เลขที่บัตรประชาชน..... วัน/เดือน/ปีเกิด

ที่อยู่ปัจจุบัน..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... โทรศัพท์มือถือ

เป็นผู้สมัครในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระบบ TCAS ประจำปีการศึกษา 2566
 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 โปรตระบุ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับรุนแรง

4. ตรวจปัสสาวะ ปกติ

พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่

ผลการตรวจร่างกายโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....

แพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

โรงพยาบาล..... ที่ตั้ง.....

..... โทรศัพท์.....

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ/...../.....

หมายเหตุ : 1. โปรตประทับตราสถานพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

2. ตรวจร่างกายจากสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น โดยใบรับรองผลการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ตรวจถึงวันส่งผลการตรวจ