



ประกาศสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
เรื่อง ประกาศสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง เรื่องการรับสมัครคัดเลือกบุคคลเข้า
ศึกษาต่อปริญญาตรี ระบบ TCAS รอบที่ ๔ แบบรับตรงอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.)
หลักสูตร ๔ ปี คณะพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

คณะพยาบาลศาสตร์สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบังกำหนดการรับสมัคร
คัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาตรี ระบบ TCAS รอบที่ ๔ แบบรับตรงอิสระ หลักสูตรพยาบาล
ศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) หลักสูตร ๔ ปี ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. หลักสูตรและจำนวนที่เปิดรับ

๑.๑ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวนรับ ๒๔ คน

๒. คุณสมบัติทั่วไปของผู้สมัคร

- ๒.๑ เป็นผู้ไม่มีโรคติดต่อร้ายแรง โรคที่สังคมรังเกียจ หรือโรคสำคัญที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
- ๒.๒ เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อยและรับรองต่อสถาบัน จะตั้งใจศึกษาเล่าเรียนเต็มความสามารถ และจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถาบันที่มีอยู่แล้ว หรือจะมีต่อไปโดยเคร่งครัดทุกประการ
- ๒.๓ ไม่เป็นผู้ที่ถูกให้ออกจากสถานอุดมศึกษาใดๆ มาแล้ว เพราะความประพฤติไม่เหมาะสม หรือกระทำความผิดต่างๆ

๓. คุณสมบัติผู้สมัครเฉพาะสาขา

- ๓.๑ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๖ ทุกแผนการเรียนที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง หรือเทียบเท่า
- ๓.๒ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรอื่นที่กระทรวงศึกษาธิการรับรองเทียบเท่าทุกแผนการเรียน
- ๓.๓ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรตามอัธยาศัย (กศน.) ที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
- ๓.๔ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตร General Educational Development (GED) โดยมีผลสอบ GEDเทียบเท่าการจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
- ๓.๕ ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร (GPAX) จำนวน ๖ ภาคการศึกษา ไม่ต่ำกว่า ๒.๕๐
- ๓.๖ ส่วนสูง ไม่น้อยกว่า ๑๕๐ เซนติเมตร

ผู้สมัครสอบต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองว่าตนเองเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครและกรอกรายละเอียดต่างๆในระบบรับสมัครให้ถูกต้องตามความเป็นจริง ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัครสอบ หรือไม่ปฏิบัติตามประกาศรับสมัคร จะถือว่าผู้สมัครสอบเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้การพิจารณาตัดสินคัดเลือกผู้สมัครสอบโดยคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ให้ถือว่าผลการพิจารณาเป็นที่สิ้นสุด

๔. กำหนดการรับสมัคร

กำหนดการ	วัน/เดือน/ปี
- รับสมัครทางอินเทอร์เน็ตและชำระค่าสมัคร ทาง http://new.reg.kmitl.ac.th/admission/	๒๗ - ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๘
- ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ทาง http://new.reg.kmitl.ac.th/admission/	๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๖.๐๐ น.
- สอบสัมภาษณ์	๑ มิถุนายน ๒๕๖๘
- ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกและมีสิทธิ์ Clearing House ทาง http://new.reg.kmitl.ac.th/admission/	๔ มิถุนายน ๒๕๖๘
- ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเข้ายืนยันสิทธิ์ Clearing House ผ่านระบบของสมาคมที่ประชุมอธิการบดี แห่งประเทศไทย (ทปอ.)	๖ - ๗ มิถุนายน ๒๕๖๘
- ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา	๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๘
- การชำระเงินยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา ทาง http://new.reg.kmitl.ac.th/admission/	๑๓ - ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๘

ติดต่อสอบถามระบบการรับสมัคร ได้ที่ สำนักทะเบียนและบริการการศึกษา

- เบอร์โทรศัพท์ ๐๒-๓๒๙-๘๐๐๐ ต่อ ๓๒๐๓, ๓๒๐๕
- Facebook Admission. KMITL

ติดต่อสอบถามรายละเอียดประกาศรับสมัคร ได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์

- เบอร์โทรศัพท์ ๐๖-๑๔๘๔-๗๔๓๘
- Facebook คณะพยาบาลศาสตร์ สจล.

๕. รายละเอียดวิธีการรับสมัคร

สมัครทางอินเทอร์เน็ตผ่าน <https://new.reg.kmitl.ac.th/admission> โดยกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนลงในใบสมัคร และชำระเงินค่าสมัครสอบ ๕๐๐ บาท โดยพิมพ์ใบชำระเงินจากระบบรับสมัคร สามารถชำระได้ ๒ ช่องทาง ดังนี้

- ๕.๑ ชำระผ่านแอปพลิเคชันของธนาคาร โดยการสแกนบาร์โค้ด (ไม่เสียค่าธรรมเนียม) หรือ
- ๕.๒ ชำระค่าสมัครผ่านเคาน์เตอร์ของธนาคารกสิกรไทย ได้ทุกสาขาทั่วประเทศ โดยมีค่าธรรมเนียมธนาคาร ๑๐ บาท หากชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารอื่นอาจมีค่าธรรมเนียมเพิ่มเติม

(ขอสงวนสิทธิ์การคืนเงินค่าสมัครสอบทุกกรณี และจะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใดๆที่เกิดขึ้น ในกรณีชำระเงินเกินกำหนดและการชำระเงินด้วยวิธีอื่นๆ)

๖. หลักฐานที่ใช้ในการสอบสัมภาษณ์ (แนบในระบบสมัคร)

- ๖.๑ ใบสมัครที่ส่งพิมพ์จากระบบการรับสมัคร <https://new.reg.kmitl.ac.th/admission> พร้อมติดรูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน ๑ ใบ ในใบสมัคร
- ๖.๒ สำเนาใบระเบียนแสดงผลการเรียน (ใบปพ.๑) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 - ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือหลักสูตรเทียบเท่า ไม่น้อยกว่า ๖ ภาคการศึกษา

๖.๓ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร(ตัวจริง) และสำเนาบัตรประชาชน พร้อมลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง

๖.๔ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุลพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง (เฉพาะกรณีที่ชื่อ-สกุล ในเอกสารการสมัครไม่ตรงกัน)

๖.๕ รายงานผลการตรวจร่างกาย (ฉบับจริง) (ไม่เกิน ๓ เดือน)

๖.๖ แฟ้มสะสมผลงานของผู้สมัคร Portfolio ที่แสดงตัวตน เช่น ความรู้ ความสามารถ ทักษะ การเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนรางวัลที่ได้รับ ไม่จำกัดจำนวนหน้าของเอกสาร จำนวน ๑ เล่ม (ไม่ต้องแนบในระบบสมัครให้นำมาในวันสอบสัมภาษณ์)

๗. การประกาศผลรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ คณะพยาบาลศาสตร์จะประกาศให้ทราบ วันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘ ทาง<https://new.reg.kmitl.ac.th/admission>

๘. วิธีการคัดเลือก (ใช้คะแนน GPAX ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน ๖ ภาคการศึกษาและสอบสัมภาษณ์)

สอบสัมภาษณ์ วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น. ณ ห้องเรียน ชั้น ๑ อาคารเรียนรวมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สภาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง สามารถดูประกาศที่ <https://new.reg.kmitl.ac.th/admission>

๙.การประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกและมีสิทธิ์ Clearing House

ผลการตัดสินใจและการพิจารณาคัดเลือกผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์และมีสิทธิ์ Clearing House ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจและเป็นสิทธิ์ชี้ขาดของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ถือผลการพิจารณาเป็นที่สิ้นสุด โดยจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกและมีสิทธิ์ Clearing House วันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๘

๑๐. การยืนยันสิทธิ์ Clearing House

ผู้ผ่านการคัดเลือก ดำเนินการยืนยันสิทธิ์ Clearing House ผ่านระบบของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย(ทปอ.) เพื่อแสดงความจำนงเข้าศึกษาเป็นนักศึกษาของสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง วันที่ ๖ - ๗ มิถุนายน ๒๕๖๘ เท่านั้น หากไม่ดำเนินการตาม วัน เวลา ที่กำหนดถือว่าสละสิทธิ์

๑๑. การชำระเงินยืนยันสิทธิ์เพื่อเข้าศึกษาในสถาบัน ฯ

ผู้ผ่านการคัดเลือกที่ Clearing House และได้รับการประกาศรายชื่อเป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาของสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง จะต้องชำระเงินยืนยันสิทธิ์ทาง <http://new.reg.kmitl.ac.th/admission/> ตามประกาศสถาบันฯ เรื่อง การจ่ายเงินยืนยันสิทธิ์เพื่อเข้าศึกษา ในสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ฉบับลงวันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ เพื่อยืนยันการเข้าศึกษาตามวันเวลาที่สถาบันฯ กำหนด หากไม่ดำเนินการถือว่าสละสิทธิ์

ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาที่ได้ยืนยันเข้าศึกษาโดยการรายงานตัวทางอินเทอร์เน็ตและชำระเงินยืนยันสิทธิ์แล้ว แต่สละสิทธิ์ไม่เข้าศึกษาในสถาบันฯ สถาบันฯจะไม่คืนเงินให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาที่ได้ยืนยันและจ่ายเงินเพื่อยืนยันสิทธิ์ในการเข้าศึกษาแล้ว เมื่อเข้าศึกษาในสถาบันฯ จะไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียมการศึกษาแบบเหมาจ่ายในภาคการศึกษาแรกที่เข้าเป็นนักศึกษาอีก โดยให้ถือว่าเงินยืนยันสิทธิ์ดังกล่าวเป็นค่าธรรมเนียมการศึกษาแบบเหมาจ่ายในภาคการศึกษานั้น

๑๒. การตัดสิทธิ์

๑๒.๑ ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกแต่ไม่ยืนยันสิทธิ์ Clearing House ตามวันเวลาที่กำหนดถือว่าสละสิทธิ์

๑๒.๒ ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกแต่ไม่รายงานตัวผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาทางอินเทอร์เน็ต และไม่ชำระเงินยืนยันสิทธิ์ เพื่อยืนยันการเข้าศึกษาตามวันเวลาที่กำหนดถือว่าสละสิทธิ์

๑๒.๓ ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกแต่ไม่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษานั้น ๆ ให้ถือว่าสละสิทธิ์

๑๓. ค่าธรรมเนียมการศึกษา

ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาต่อในคณะพยาบาลศาสตร์สาขาวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบังต้องชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาแบบเหมาจ่าย ภาคการศึกษาละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท (ค่าธรรมเนียมการศึกษา ๘๕,๐๐๐ บาท และค่าอุดหนุนการศึกษา ๑๕,๐๐๐ บาท) ตามประกาศของสถาบันฯ และสถาบันฯจะไม่คืนเงินให้ไม่ว่ากรณีใดๆ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(รองศาสตราจารย์ ดร.อนุวัฒน์ จางวนิชเลิศ)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

๒๔ พ.ค. ๖๘ เวลา ๒๐:๔๙:๑๓ Non-PKI Server Sign-LN

Signature Code : NgAyA-EIAOA-BDAEU-AMQAw

เอกสารแนบท้าย

แบบรายงานการตรวจร่างกาย ก่อนการเข้ารับการสัมภาษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

รายงานผลการตรวจร่างกาย

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2568

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ส่วนที่ 1 ผู้สมัครสอบคัดเลือกเป็นผู้กรอก

ชื่อ-สกุล ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง.....

เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี.....เดือน.....จังหวัดที่เกิด.....ภูมิลำเนา.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

.....

โทร..... E-mail.....

1.1 ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา นามสกุล อายุ ปี

อาชีพ.....

☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัวคือ

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ชื่อมารดา นามสกุล อายุ ปี

อาชีพ.....

☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัวคือ

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ / การเจ็บป่วย / หรือภาวะดังต่อไปนี้หรือไม่

มี ไม่มี อธิบายรายละเอียด

☐ ☐ ความพิการ (เป็นไข้ พุด
ไม่ชัด ติดอ่าง ความพิการนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ แขน ขา)

☐ ☐ สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์.....

☐ ☐ หอบหืด

☐ ☐ ความดันโลหิตสูง

มี ไม่มี อธิบายรายละเอียด (ต่อ)

- ☐ ☐ ไอเป็นเลือด
- ☐ ☐ วัณโรคปอด
- ☐ ☐ ตัวเหลือง ตาเหลือง
- ☐ ☐ ภาวะไตวายเรื้อรัง
- ☐ ☐ โรคลมชัก
- ☐ ☐ โรคหัวใจ
- ☐ ☐ โรคเบาหวาน
- ☐ ☐ หูหนวก หรือหูตึง
- ☐ ☐ ไส้เลื่อน
- ☐ ☐ กระดูกหัก / บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
- ☐ ☐ ได้รับการผ่าตัด (ระบุการผ่าตัดที่ได้รับ วันที่ได้รับการผ่าตัด และโรงพยาบาล)
.....
- ☐ ☐ ติดสารเสพติดให้โทษ
- ☐ ☐ ความผิดปกติของไตเรื้อรัง
- ☐ ☐ ภูมิแพ้ / อาการแพ้ต่างๆ
- ☐ ☐ อื่นๆ
- ☐ ☐ ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ โรค.....
รักษาที่โรงพยาบาล.....
ยาที่รับประทานต่อเนื่อง ได้แก่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบือนข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษา แล้วก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ
(.....)

ผู้สอบคัดเลือก

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ลงชื่อผู้รับรอง
(.....)

(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอกข้อมูล ใบรับรองการตรวจร่างกายของแพทย์ (ตรวจทุกรายการ)

ผู้ผ่านการคัดเลือกให้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์ทรวงอก ที่ โรงพยาบาลรัฐหรือ
โรงพยาบาลของเอกชน โดย นำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจ กรอกผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มนี้
และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง).....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

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

ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจ.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย (นาย, นาง, นางสาว).....

เลขที่ผู้ป่วย (H.N.)..... วัน/เดือน/ ปีที่เข้าตรวจร่างกาย..... ได้ผล ดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป: น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร BMI.....

อุณหภูมิ..... °C ความดันโลหิต..... mmHg. ชีพจร..... ครั้ง/ นาที

อัตราการหายใจ..... ครั้ง/ นาที

สรุปผลการตรวจร่างกาย

ปกติ ผิดปกติ อธิบายรายละเอียด

☐ ☐ บุคลิกลักษณะและรูปร่าง.....

☐ ☐ ความผิดปกติของอวัยวะ.....

☐ ☐ ลักษณะแขนและมือ.....

☐ ☐ ลักษณะขาและเท้า.....

☐ ☐ การออกเสียงพูด.....

☐ ☐ ลักษณะในช่องปาก.....

☐ ☐ ลักษณะผิวหนัง.....

☐ ☐ การเคลื่อนไหวของร่างกาย.....

☐ ☐ ตาและการมองเห็น.....

☐ ☐ ตาขวา

☐ ☐ ตาซ้าย

☐ ☐ ลักษณะของใบหู.....

☐ ☐ การได้ยิน.....

☐ Sensorineural hearing loss.....

☐ อื่นๆ ระบุ.....

- ☐ ☐ คอ.....
- ☐ ☐ จมูก.....
- ☐ ☐ ทรวงอก.....
- ☐ ☐ การทำงานของปอด.....
- ☐ ☐ การทำงานของหัวใจ.....
- ☐ ☐ ช่องท้อง.....
- ☐ ☐ กระดูกสันหลัง.....
- ☐ ☐ ระบบประสาท.....

ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ

.....

.....

ผลการตรวจรังสีวินิจฉัย

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

Chest X-ray สรุปผลการตรวจ

.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบเอกสารรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกตัว)

1) ผลตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count)

Hemoglobin ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Hematocrit ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Red blood cell morphology

Anisocytosis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Poikilocytosis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Hypochromia ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Microcytosis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Macrocytosis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

White blood cell count

Neutrophil ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Basophil ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Eosinophil ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Lymphocyte ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Monocyte ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Platelets ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

2) ผลตรวจ Urine Analysis (UA) (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

Albumin ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Sugar ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Sediments ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

สารเสพติด (มอร์ฟีน, แอมเฟตามีน หรืออื่น ๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

3) ผลตรวจไวรัสตับอักเสบบี (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือหลักฐานการได้รับวัคซีนมาด้วย)

HBsAg ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

Anti-HBs ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน (ระบุวันที่และสถานพยาบาล).....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาวนามสกุล มีสุขภาพอยู่ใน
ในประเภท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติระบุ

(ลงชื่อ)
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล
โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ : ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ภายใน 3 เดือน นับตั้งแต่วันตรวจร่างกาย