

2. เอกสารประกอบและยื่นในวันสอบสัมภาษณ์

2.1 แบบฟอร์มการตรวจสอบสุขภาพของมหาวิทยาลัย (แนบท้ายประกาศ) ไปขอรับการตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ

*หมายเหตุ ผู้ที่ยื่นในวันรับสมัครแล้วนั้น จะได้รับการยกเว้น

2.2 ใบระเบียบผลการเรียน 6 ภาคการศึกษา (ฉบับจริง)

2.3 อื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น สำเนาหลักฐานประกอบเพื่อแสดงความรู้ความสามารถพิเศษ ประกาศนียบัตร เกียรติบัตร ใบรับรองต่าง ๆ เป็นต้น

3. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ในวันที่ 2 สิงหาคม 2561 ทางเว็บไซต์ www.pn.psu.ac.th

ผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นที่สุด เมื่อมหาวิทยาลัยได้ประกาศผลการคัดเลือกแล้ว ผู้สมัครหรือบุคคลอื่นใดจะฟ้องร้องหรือเรียกร้องสิทธิ์ใด ๆ มิได้

4. ติดต่อสอบถามในวันและเวลาราชการ ได้ที่

คณะ	เบอร์โทรติดต่อ
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	คุณณัฐพร อิมอุไร โทร. 089-5965592
รัฐศาสตร์	คุณชานีเยห์ มะสะอาว โทร. 093-5807466
วิทยาการสื่อสาร	คุณทวีศักดิ์ หมาเนาะ โทร. 081-7676889
ศึกษาศาสตร์	คุณศินีนาฏ พรหมพันธ์ โทร. 087-3967169

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. 2562

(ลงชื่อ) มนทิรา สีลาเกรียงศักดิ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนทิรา สีลาเกรียงศักดิ์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ วิทยาเขตปัตตานี ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำเนาถูกต้อง

พิกมัย / พิกมัย

(นางพิศมัย เพียรเจริญ)

นักวิชาการศึกษานานาชาติพิเศษ

พิศมัย/ร่าง/พิมพ์/ทาน



ติครูบ่อ่าย
ค้วยกาา

รายงานการตรวจสอบสภาพร่างกาย
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาใน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(ประทับตราโรงพยาบาล)

ชื่อ - สกุล เพศ () ชาย () หญิง
วัน-เดือน-ปีเกิด..... เลขประจำตัวผู้สมัคร รหัสสาขาวิชา.....
โรงพยาบาลที่ตรวจ..... จังหวัด
H.N. วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

I. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

มี ไม่มี

อธิบายรายละเอียด

- () () หอบหืด (Asthma)
- () () ความดันโลหิตสูง (Hypertension)
- () () ไอเป็นเลือด (Hemoptysis)
- () () วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)
- () () ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)
- () () โรคลมชัก (Epilepsy)
- () () โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)
- () () หูน้ำหนวก (Otorrhea)
- () () ไส้เลื่อน (Hernia)
- () () กระดูกหัก / บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture/Accident)
- () () ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation)
- () () อื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง
หรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว
ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่ เดือน พ.ศ.

