



ประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตามโครงการในดิงเกล ประจำปีการศึกษา 2557

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะเปิดรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเข้า
ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามโครงการในดิงเกล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์สมัคร

1.1 คุณสมบัติทั่วไป

- 1.1.1 มีสัญชาติไทย
- 1.1.2 เป็นผู้มีความประพฤติและมีประวัติการเรียนดี
- 1.1.3 ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

1.2 คุณสมบัติเฉพาะ

- 1.2.1 กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สายวิทยาศาสตร์ และจะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษาที่
ประกาศรับ
- 1.2.2 มีผลการเรียนตลอด 5 ภาคการศึกษา (ตั้งแต่ภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึง
ภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6) เฉลี่ยรวมกันได้ไม่ต่ำกว่า 2.75
- 1.2.3 ได้รับใบรับรองการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐฯ เป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน
- 1.2.4 สุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเป็นพยาบาล

2. จำนวนที่รับ จำนวน 10 คน

3. ขั้นตอนในการสมัคร

- 3.1 คณะพยาบาลศาสตร์ จัดส่งเอกสารพร้อมรายละเอียดให้ทุกเขตการศึกษาใน 14 จังหวัดภาคใต้
- 3.2 สำเนาใบระเบียบผลการเรียน 5 ภาคการศึกษาต่อเนื่องกันในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมี
ผู้บริหารโรงเรียนหรืออาจารย์หัวหน้าฝ่ายทะเบียนเป็นผู้รับรองความถูกต้อง
- 3.3 ตัวแลกเงินทางไปรษณีย์ ซึ่งเป็นค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน 200 บาทต่อคน (ค่าธรรมเนียม
มหาวิทยาลัยฯ จะไม่คืนให้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ) พร้อมใบสมัคร
 - ส่งจ่ายตัวแลกเงินทางไปรษณีย์ ในนาม นางสาวธนตรี แซ่แต่ (เท่านั้น) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตู้ ปณ.9 ปทฝ.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112 (เท่านั้น) หรือ
 - โอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ บัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี
เงินหมุนเวียนคณะพยาบาลศาสตร์ เลขที่บัญชี 565-2-02434-5 พร้อมแนบสำเนาการโอนเงินมาพร้อมใบสมัคร
- 3.4 รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นตาดำ 1 นิ้ว ถ่ายครั้งเดียวกันไม่เกิน 6 เดือน ติดใบสมัคร 1 รูป ติด
บัตรเลขที่นั่งสอบ 2 รูป (แบบฟอร์ม No.01)

3.5 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด

3.6 ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานให้ถูกต้องครบถ้วน ผ่านโรงเรียนหรือสถาบันที่ศึกษา ตามกำหนดการคัดเลือกตามข้อ 5 การส่งเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ส่งที่กลุ่มงานพยาบาลศาสตร์ศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตู้ปณ.9 ปทฝ.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112 โทร.0-7428-6451, 0-7428-6551 สำหรับบัตรประจำตัวที่นั้งสอบและใบเสร็จรับเงินให้รับในห้องสอบในวันสอบข้อเขียน

4. วิธีการคัดเลือก

4.1 พิจารณาคุณสมบัติ และผลการเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6

4.2 คะแนนสอบข้อเขียนความรู้ ความถนัด และเจตคติทางการเรียนพยาบาลและความสามารถทางอารมณ์

4.3 คะแนนสอบสัมภาษณ์

4.4 องค์กรประกอบอื่น ๆ ที่คณะพยาบาลศาสตร์จะประกาศให้ทราบเป็นคราว ๆ ไป

ผลการตัดสินของคณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกถือเป็นอันสิ้นสุด เมื่อมหาวิทยาลัยได้ประกาศผลการคัดเลือกแล้วผู้สมัครหรือผู้อื่นใดจะฟ้องร้อง หรือเรียกร้องสิทธิใด ๆ มิได้

5. กำหนดการคัดเลือก

- | | |
|----------------------|---|
| กันยายน 2556 | - จัดส่งเอกสารรายละเอียดต่าง ๆ ไปยังทุกเขตพื้นที่การศึกษาใน 14 จังหวัดภาคใต้ พร้อมประกาศรายละเอียดผ่านทางเว็บไซต์ http://www.nur.psu.ac.th |
| 1 - 15 ตุลาคม 2556 | - โรงเรียนส่งรายชื่อพร้อมใบสมัครของนักเรียนไปยังคณะพยาบาลศาสตร์ วันสุดท้ายของการสมัครทุกวิธี (ถือวันประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ) |
| 7 - 25 ตุลาคม 2556 | - ตรวจสอบหลักฐานใบสมัครและบันทึกข้อมูล |
| 30 ตุลาคม 2556 | - ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบคัดเลือกที่อาคาร 1 คณะพยาบาลศาสตร์ |
| 2 พฤศจิกายน 2556 | - สอบข้อเขียน 08.30-16.30 น. ณ คณะพยาบาลศาสตร์ |
| 18 พฤศจิกายน 2556 | - ประกาศรายชื่อผู้สอบผ่านข้อเขียนที่อาคาร 1 คณะพยาบาลศาสตร์ |
| 25 พฤศจิกายน 2556 | - สอบสัมภาษณ์ ผู้มีสิทธิ์เข้ารับการคัดเลือกทุกคนรายงานตัว (08.30-09.00 น.) 09.00-16.30 น. ดำเนินการสอบสัมภาษณ์ |
| 13 ธันวาคม 2556 | - ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ณ คณะพยาบาลศาสตร์ |
| 16 - 20 ธันวาคม 2556 | - ส่งเอกสารยืนยันสิทธิ์หรือสละสิทธิ์ |
| 27 ธันวาคม 2556 | - แจ้งรายชื่อให้งานรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |

หมายเหตุ การประกาศผลต่าง ๆ จะประกาศ ณ บอร์ดบริการการศึกษา อาคาร 1 คณะพยาบาลศาสตร์ และทางเว็บไซต์ <http://www.nur.psu.ac.th>

6. การรายงานตัวและยืนยันสิทธิ์

6.1 นักเรียนที่ผ่านการสอบคัดเลือกต้องส่งใบแจ้งยืนยันสิทธิ์ (แบบฟอร์ม No.05) หรือใบแจ้งสละสิทธิ์ (แบบฟอร์ม No.06) ตามประกาศของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

6.2 นักเรียนที่ได้รับการคัดเลือกหากไม่ส่งใบแจ้งยืนยันสิทธิ์ หรือใบแจ้งสละสิทธิ์ (อย่างใดอย่างหนึ่ง) ตามประกาศของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะถือว่าผู้นั้นสละสิทธิ์การเข้าศึกษาตามโครงการนี้

6.3 นักเรียนที่ได้รับการคัดเลือกและยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาตามโครงการในติงเกล จะมีผลดังนี้

ไม่มีสิทธิ์เข้ารับการคัดเลือกเพื่อศึกษาในมหาวิทยาลัยโดยวิธีรับตรง และการสอบคัดเลือกผ่านสมาคมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (สอท.) หรือโครงการพิเศษอื่น ๆ ของสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ

6.4 การรายงานตัว ขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาและการเปิดภาคการศึกษา

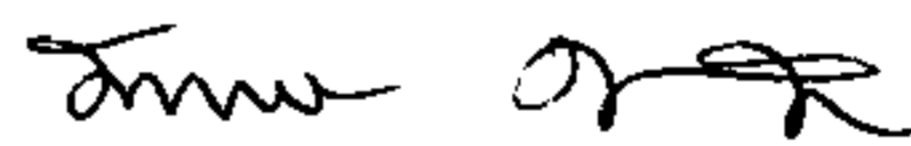
ผู้ที่ผ่านการสอบคัดเลือกได้แล้วยังไม่ถือว่าเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จนกว่าจะได้ขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาของมหาวิทยาลัยแล้ว การขอขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาและการเปิดภาคการศึกษานั้น จะต้องไปรายงานตัวตามวัน เวลา และสถานที่ที่มหาวิทยาลัยกำหนด

7. สิทธิ์ของผู้ที่ได้รับการคัดเลือกตามโครงการในติงเกล

ผู้ได้รับการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามโครงการในติงเกล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ต้องเข้าศึกษาในชั้นเรียนเต็มเวลาเป็นเวลา 4 ปี นับตั้งแต่เข้าศึกษา โดยจะได้รับการยกเว้นค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์ และค่าธรรมเนียมพิเศษ และนักศึกษาต้องมีการเรียนได้คะแนนเฉลี่ยทุกภาคการศึกษาไม่น้อยกว่า 2.75 ทั้งนี้ หากนักศึกษาต้องการโอนย้าย หรือลาออก นักศึกษาต้องชดใช้เงินค่าหน่วยกิตรายวิชาของคณะพยาบาลศาสตร์ และค่าธรรมเนียมพิเศษ ตามจำนวนที่ได้รับการยกเว้นจากคณะพยาบาลศาสตร์ จึงจะสามารถโอนย้ายหรือลาออกได้

ประกาศ ณ วันที่

31 กรกฎาคม พ.ศ. 2556



(รองศาสตราจารย์ ดร. จุฑามาส ศตสุข)

รองอธิการบดีฝ่ายการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ใบสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตามโครงการในดิงเกล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2557

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

1. รายละเอียดส่วนตัว

1.1 ชื่อ (นาย/นางสาว).....นามสกุล.....

1.2 ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

1.3 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จังหวัดที่เกิด.....

1.4 สถานที่ศึกษา.....จังหวัด.....

1.5 ผลการเรียน 5 ภาคการศึกษา.....เกรดเฉลี่ย

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ภาคการศึกษาที่ 1.....

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ภาคการศึกษาที่ 2.....

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ภาคการศึกษาที่ 1.....

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ภาคการศึกษาที่ 2.....

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ภาคการศึกษาที่ 1.....

รวมเกรดเฉลี่ย 5 ภาคการศึกษา.....

1.6 หลักฐานการสมัครที่ส่งมาพร้อมใบสมัคร (โปรดทำเครื่องหมาย หน้าช่อง หลักฐานการสมัคร)

ใบสมัครสอบ

ใบแสดงผลการเรียน 5 ภาคการศึกษา

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

หนังสือรับรองการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

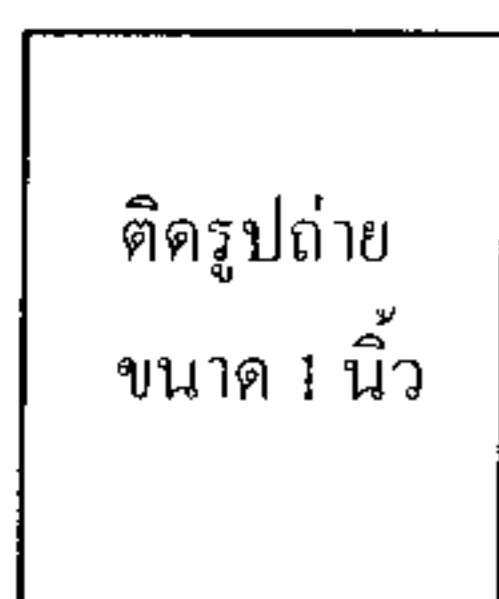
หนังสือรายงานการตรวจสุขภาพ

ตัวแลกเงินทางไปรษณีย์ (เท่านั้น) เลขที่.....จำนวนเงิน.....บาท หรือ

สำเนาการโอนเงินธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา ม. สงขลานครินทร์ เลขที่.....จำนวนเงิน.....บาท

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



บัตรเลขที่นั่งสอบ.....

ชื่อ.....

นามสกุล.....

สถานศึกษา.....

จังหวัด.....

(ลงชื่อ).....

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร

...../...../.....

ลายเซ็นผู้สมัครสอบ

บัตรเลขที่นั่งสอบ.....

ชื่อ.....

นามสกุล.....

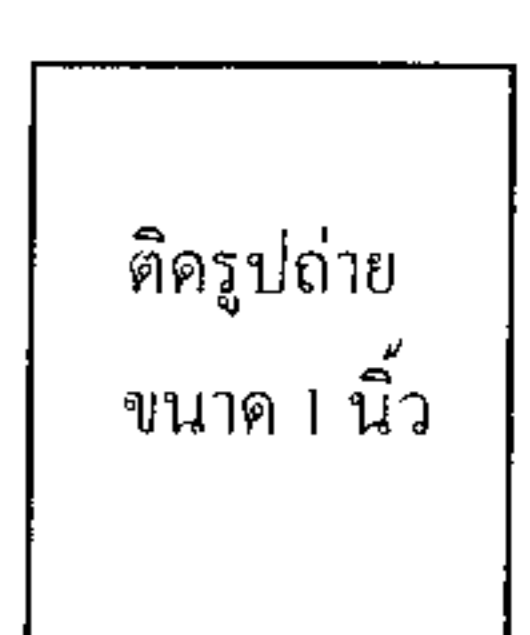
สถานศึกษา.....

จังหวัด.....

(ลงชื่อ).....

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร

...../...../.....



ลายเซ็นผู้สมัครสอบ

กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจงให้ครบถ้วน ยกเว้นบัตรเลขที่นั่งสอบไม่ต้องกรอก

ที่



หนังสือรับรองการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....

ขอรับรองว่านาย/นางสาว.....ได้รับการฝึกช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ สำหรับผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามโครงการในดิงเกล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2557 รวมระยะเวลา 10 วัน โดยได้รับประสบการณ์ดังนี้

- การฝึกช่วยปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยใน
- การฝึกช่วยปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยนอก
- การฝึกช่วยปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด
- อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

- หมายเหตุ:
- หนังสือรับรองต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล
 - สามารถใช้แบบฟอร์มหนังสือรับรองของหน่วยงาน หรือโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้ขอให้ระบุการมีประสบการณ์และระยะเวลาการฝึกช่วยปฏิบัติงานให้ชัดเจน

ร.



หนังสือส่งรายชื่อนักเรียน
เพื่อสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตามโครงการในติงเกล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2557

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
โรงเรียน/สถาบันการศึกษา.....จังหวัด.....
สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....

ขอส่งรายชื่อเรียนที่ประสงค์จะสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตามโครงการในติงเกล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2557 ดังมี
รายชื่อต่อไปนี้

1. นาย/นางสาว.....เลขประจำตัวนักเรียน.....
2. นาย/นางสาว.....เลขประจำตัวนักเรียน.....
3. นาย/นางสาว.....เลขประจำตัวนักเรียน.....
4. นาย/นางสาว.....เลขประจำตัวนักเรียน.....
5. นาย/นางสาว.....เลขประจำตัวนักเรียน.....
6. นาย/นางสาว.....เลขประจำตัวนักเรียน.....
7. นาย/นางสาว.....เลขประจำตัวนักเรียน.....
8. นาย/นางสาว.....เลขประจำตัวนักเรียน.....
9. นาย/นางสาว.....เลขประจำตัวนักเรียน.....
10. นาย/นางสาว.....เลขประจำตัวนักเรียน.....

ลงนาม

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : หนังสือส่งรายชื่อต้องมีตราประทับของโรงเรียน และลงนามรับรองโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุด
ของหน่วยงาน เช่น อาจารย์ใหญ่ ผู้อำนวยการโรงเรียน เป็นต้น

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

ชื่อ-สกุล เพศ () ชาย () หญิง

วัน เดือน ปีเกิด

โรงพยาบาลที่ตรวจ จังหวัด

H.N. วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

I. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนนอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค/อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

มี	ไม่มี	อธิบายรายละเอียด
()	()	1. หอบหืด
()	()	2. ไอบ่อย/เป็นเลือด
()	()	3. วัณโรคปอด
()	()	4. ตัวเหลือง ตาเหลือง
()	()	5. เบาหวาน
()	()	6. ลมชัก/เป็นลมบ่อย
()	()	7. ปวดศีรษะ ไมเกรน
()	()	8. บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/กระดูกหัก/สมองได้รับการกระทบกระเทือน.....
()	()	9. ความบกพร่องของการได้ยิน/การมองเห็น.....
()	()	10. โรคผิวหนัง (ระบุง)
()	()	11. ภูมิแพ้ (ระบุง)
()	()	12. ใจสั่น/เจ็บหน้าอก/เหนื่อยง่าย
()	()	13. อาการเครียด/วิตกกังวล.....
()	()	14. ได้รับการผ่าตัด
()	()	15. ยาที่ใช้ประจำ (ระบุง).....
()	()	16. อื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

.....
(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่เดือน.....พ.ศ.

II. PHYSICAL EXAMINATION (to be filled in by physician)

Height.....cm. Blood Pressure...../.....mmHg.

Weight.....kg. Pulse Rateper min

HEENT.....

Chest.....

Abdomen.....

Back.....

Skin.....

Neuro.....

III. LABORATORY EXAMINATION (CHEST X-RAY)

FINDING.....

.....

.....

IV. ความเห็นแพทย์ (เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมของผู้รับการตรวจ ต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

.....

.....

Physician Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ 1. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่ายและต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอหรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง