



ประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เรื่อง การรับสมัครนักเรียนเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการไนติงเกล) ประจำปีการศึกษา 2562 (รอบพิเศษ)

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะเปิดรับสมัครนักเรียนเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (โครงการไนติงเกล) ประจำปีการศึกษา 2562 (รอบพิเศษ) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คุณสมบัติเฉพาะ

- 1.1 มีผลการเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเฉลี่ย (GPAX) 6 ภาคการศึกษา ไม่ต่ำกว่า 2.75
- 1.2 มีผลการเรียน GPA ในแต่ละกลุ่มสาระการเรียนรู้ดังนี้คือ คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และภาษาอังกฤษ ไม่ต่ำกว่า 2.75
- 1.3 มีผลคะแนนการสอบวิชา GAT ไม่ต่ำกว่า 20% และวิชา PAT2 ไม่ต่ำกว่า 30%
- 1.4 สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นตาบอดสีทั้งสองข้างอย่างรุนแรง และไม่มี ความบกพร่องทางการได้ยินแบบถาวรที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในวิชาชีพ (มีใบรับรองแพทย์เป็นหลักฐานตามแบบฟอร์มที่แนบ)
- 1.5 ต้องไม่เป็นผู้ที่ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ในระบบ TCAS รอบที่ 1 รอบที่ 2 รอบที่ 3 รอบที่ 4 และรอบที่ 5 ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (ทปอ.) ประจำปีการศึกษา 2562 และหากตรวจสอบภายหลัง พบว่าผู้สมัครคนใดได้ใช้สิทธิ์การคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา ปีการศึกษา 2562 ในรอบคัดเลือกดังกล่าวข้างต้นแล้ว มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะคัดชื่อออกจากโครงการนี้

2. จำนวนที่รับ 40 คน

3. ปฏิทินดำเนินการ

กิจกรรม	กำหนดการ
ประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์ http://www.nur.psu.ac.th	มิถุนายน 2562
ส่งเอกสารผู้สมัครฯ มายังคณะพยาบาลศาสตร์	ตั้งแต่บัดนี้ - 28 มิถุนายน 2562
ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกทางเว็บไซต์ http://www.nur.psu.ac.th	3 กรกฎาคม 2562
สอบสัมภาษณ์	5 กรกฎาคม 2562
ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ทางเว็บไซต์ http://www.nur.psu.ac.th	8 กรกฎาคม 2562

4. การสมัคร

ผู้สมัครต้องตรวจคุณสมบัติเฉพาะของตนเอง หากปรากฏในภายหลังว่า ผู้สมัครขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลักฐานที่ใช้ประกอบการสมัครเป็นเท็จ จะถูกตัดสิทธิ์การเข้าศึกษา แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกได้เข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนักศึกษา และไม่คืนเงินค่าสมัครให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ

4.1 ขั้นตอนการสมัคร

4.1.1 ดาวน์โหลดใบสมัครและแบบฟอร์มต่าง ๆ จากหน้าเว็บไซต์ (<http://www.nur.psu.ac.th>)

4.1.2 กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมติดรูปถ่าย

4.1.3 ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการสมัคร (ตามข้อ 5.1)

4.2 การชำระเงินค่าสมัคร

ชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน 200 บาท/คน (ค่าธรรมเนียม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ) โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ ผ่านระบบ SCB BUSINESS NET โดยชำระเงินตามแบบฟอร์มที่แนบ (ช่องทางเดียวเท่านั้น) พร้อมแนบสำเนาการโอนเงินมาพร้อมใบสมัคร

5. เอกสารการสมัคร และการส่งเอกสาร

5.1 เอกสารการสมัคร

5.1.1 ใบสมัครของคณะพยาบาลศาสตร์ (แบบฟอร์ม No. 01) ที่กรอกข้อความครบถ้วนพร้อมติดรูปถ่าย

5.1.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

5.1.3 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)

5.1.4 สำเนาหลักฐานการศึกษา/ใบระเบียบผลการเรียน 6 ภาคการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีผู้บริหารโรงเรียนหรืออาจารย์หัวหน้าฝ่ายทะเบียนเป็นผู้รับรองความถูกต้อง

5.1.5 ใบรายงานผลการสอบ GAT และ PAT2

5.1.6 ใบรับรองแพทย์ ใบรับรองจักษุแพทย์ ใบรับรองแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก (แบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์)

5.1.7 เอกสารหรือสลิปธนาคาร แสดงการชำระเงินค่าสมัคร 200 บาท

5.2 วิธีการส่งเอกสารให้คณะพยาบาลศาสตร์

ส่งชุดสมัครของผู้สมัคร ไปยังกลุ่มงานการจัดการศึกษาและพัฒนาการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 ตั้งแต่บัดนี้ ถึง วันที่ 28 มิถุนายน 2562 เท่านั้น (หากส่งเอกสารหลังจากวันที่ได้กำหนดข้างต้น ทางคณะฯ จะไม่รับพิจารณาไม่ว่ากรณีใด ๆ)

6. องค์ประกอบที่ใช้พิจารณาคัดเลือก

6.1 คุณสมบัติตามข้อ 1

6.2 คะแนนสอบสัมภาษณ์และสอบเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล

การพิจารณาตัดสินผลการคัดเลือกของคณะกรรมการดำเนินการจัดสอบของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถือเป็นที่สุด

หมายเหตุ : การประกาศผลต่าง ๆ จะประกาศ ณ บอร์ดบริการการศึกษา อาคาร 1 คณะพยาบาลศาสตร์ และทางเว็บไซต์คณะพยาบาลศาสตร์

7. การรายงานตัวขึ้นทะเบียนนักศึกษาและชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา

สามารถติดตามรายละเอียดได้จากเว็บไซต์ <https://reg.psu.ac.th/reg/>

8. เงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

8.1 นักศึกษาต้องศึกษาและผ่านการวัดและประเมินผลรายวิชาต่าง ๆ ครบถ้วนตามหลักสูตร ข้อกำหนด และเงื่อนไขของสาขาวิชา และเป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

8.2 นักศึกษาต้องสอบผ่านภาษาอังกฤษตามมาตรฐานขั้นต่ำที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กำหนด

9. การติดต่อสอบถามรายละเอียด

ติดต่อได้ที่ คุณธัญกานต์ แก้วพิบูลย์ กลุ่มงานการจัดการศึกษาและพัฒนานักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โทรศัพท์ 074-286450-1 โทรสาร 074-286421

ประกาศ ณ วันที่ 19 มิ.ย. 2562

ดร. เกกิง วงศ์ศิริโชติ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกกิง วงศ์ศิริโชติ)

รองอธิการบดีฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

รักษาการแทน รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทน อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ติครูบถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ใบสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการโนติงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2562 (รอบพิเศษ)

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 ผลการเรียนเฉลี่ย 6 ภาคการศึกษา (GPA)
- 1.6 หลักฐานการสมัครที่ส่งมาพร้อมใบสมัคร (โปรดทำเครื่องหมาย ใน หลักฐานการสมัคร)
- ใบสมัครของคณะพยาบาลศาสตร์ ที่กรอกข้อความครบถ้วน
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
 - สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)
 - สำเนาหลักฐานการศึกษา/ใบระเบียนผลการเรียน 6 ภาคการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีผู้บริหารโรงเรียนหรืออาจารย์หัวหน้าฝ่ายทะเบียนเป็นผู้รับรองความถูกต้อง
 - ใบรายงานผลการสอบ GAT และ PAT2
 - รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
 - รายงานการตรวจตาบอดสี
 - รายงานการตรวจความพร้อมของการได้ยินแบบถาวร
 - สำเนาการโอนเงินเข้าบัญชีคณะพยาบาลศาสตร์ ผ่านระบบ SCB BUSINESS NET

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการในดิงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2562 (รอบพิเศษ)

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

ชื่อ-สกุล เพศ () ชาย () หญิง

วัน เดือน ปีเกิด

โรงพยาบาลที่ตรวจ จังหวัด

H.N. วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

I. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค/อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล 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 ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจตาบอดสี
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการในดิงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2562 (รอบพิเศษ)

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

ชื่อ-สกุล เพศ () ชาย () หญิง

วัน เดือน ปีเกิด

โรงพยาบาลที่ตรวจ จังหวัด

H.N. วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

ความเห็นของจักษุแพทย์ (เกี่ยวกับตาบอดสีของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

() ไม่เป็นตาบอดสี

() มีตาบอดสี ระบุ.....ระดับเล็กน้อย.....ระดับปานกลาง.....ระดับรุนแรง

อื่น ๆ ระบุ.....

Physician Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ใบรายงานผลการตรวจตาบอดสี ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นของจักษุแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอรับการตรวจตาบอดสีจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการไนติงเกล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2562 (รอบพิเศษ)

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

ชื่อ-สกุล เพศ () ชาย () หญิง

วัน เดือน ปีเกิด

โรงพยาบาลที่ตรวจ จังหวัด

H.N. วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

ความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก (เกี่ยวกับความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

() ไม่มีความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร

() มีความบกพร่องของการได้ยิน (ระบุ).....

อื่น ๆ ระบุ.....

Physician Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ใบรายงานผลการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรที่สมบูรณ์ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่ายและต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้สมัครฯ ต้องไปขอรับการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โทรศัพท์ 074-286432
สำหรับจ่ายค่าธรรมเนียมโครงการในดิงเกลของคณะพยาบาลศาสตร์

ใบแจ้งยอดการชำระเงิน

วันที่.....

เรื่อง ค่าสมัครสอบโครงการในดิงเกลของคณะพยาบาลศาสตร์

ชื่อ-สกุล (ผู้สมัคร) นาย / นางสาว

รหัสโครงการ... 604

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน / บาท	
1.	ค่าสมัครสอบโครงการในดิงเกลของคณะพยาบาลศาสตร์	200.00	บาท
รวม (ตัวอักษร) (สองร้อยบาทถ้วน)		200.00	บาท

(สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร)

กรุณาส่งที่ธนาคารชำระเงินพร้อมใบสมัครมาที่...074-286451

ผู้ชำระสามารถนำใบแจ้งยอดการชำระเงินฉบับนี้ ไปชำระเงินได้ที่

ธนาคารไทยพาณิชย์ทุกสาขาทั่วประเทศ

ผู้รับเงิน.....

*ค่าธรรมเนียมบริการ : กรณีชำระภายในจังหวัดสงขลา รายการละ 10 บาท

วันที่.....

กรณีชำระนอกจังหวัดสงขลา รายการละ 30 บาท

พบ-นึกตามรอยพระ



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โทรศัพท์ 074-286432
--

ใบแจ้งยอดการชำระเงิน

วันที่.....

เรื่อง ค่าสมัครสอบโครงการในดิงเกลของคณะพยาบาลศาสตร์

ชื่อ-สกุล (ผู้สมัคร) นาย / นางสาว

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) COMP CODE : 7172

รหัสโครงการ... 604

(ม.สงขลานครินทร์) (10/30) สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน / บาท		สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร
1.	ค่าสมัครสอบโครงการในดิงเกลของ คณะพยาบาลศาสตร์	200.00	บาท	ผู้รับเงิน.....
รวม (ตัวอักษร) (สองร้อยบาทถ้วน)				วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้ชำระสามารถนำใบแจ้งยอดการชำระเงินฉบับนี้ ไปชำระเงินได้ที่ ธนาคารไทยพาณิชย์ทุกสาขาทั่วประเทศ

*ค่าธรรมเนียมบริการ : กรณีชำระภายในจังหวัดสงขลา รายการละ 10 บาท

กรณีชำระนอกจังหวัดสงขลา รายการละ 30 บาท

ชื่อผู้นำฝาก.....โทร.....