

ทอวิน
มว

ด่วนที่สุด

ที่ อว 6801.05/ค ๒๔/๑๐



ศาลากลางจังหวัดยะลา
รับวันที่ 14 พ.ย. 2562
เวลา.....
ลงวันที่ 12437

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา 90110

สจ.ยะลา

13 พฤศจิกายน 2562

เลขที่รับ 14250 เวลา 10.47 น.
ลงวันที่ ๑๔ พ.ย. ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์และดำเนินการคัดเลือกเพื่อเป็นผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต "โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน" ประจำปีการศึกษา 2563

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดยะลา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แนวทางการคัดเลือกบุคคลเพื่อเป็นผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต "โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน" ประจำปีการศึกษา 2563
2. ประกาศรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต "โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน" ประจำปีการศึกษา 2563

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์จะดำเนินการรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต "โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน" ประจำปีการศึกษา 2563

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดและดำเนินการคัดเลือกเพื่อเป็นผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต "โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน" ประจำปีการศึกษา 2563 ดังรายละเอียดที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

นาย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

กลุ่มงานการจัดการศึกษาและพัฒนานักศึกษา

โทร. 0 7428 6451

โทรสาร. 0 7428 6421

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เรื่อง แนวทางการคัดเลือกบุคคลเพื่อเป็นผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต “โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน”
ประจำปีการศึกษา 2563

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะเปิดรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต “โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน” ประจำปีการศึกษา 2563 (รอบที่ 1) จึงความอนุเคราะห์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดภูเก็ต จังหวัดสตูล จังหวัดนราธิวาส จังหวัดปัตตานี และจังหวัดยะลา ดำเนินการคัดเลือกตามแนวทาง ดังต่อไปนี้

1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลเพื่อเป็นผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต “โครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน” ประกอบด้วย

- 1.1 หัวหน้าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือตัวแทน
- 1.2 หัวหน้าสถานบริการสุขภาพในชุมชนหรือตัวแทน
- 1.3 หัวหน้าสถานศึกษาในชุมชนหรือตัวแทน

2) ประชาสัมพันธ์ประกาศรับสมัคร “โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน” และกำหนดวันสอบสัมภาษณ์

3) สรุปผลการคัดเลือกและประกาศผล “ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต “โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน”

4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งเอกสารมายังคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ดังนี้

4.1 หนังสือส่งรายชื่อนักเรียนเพื่อสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต “โครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน” (แบบฟอร์ม No-01)

4.2 หนังสือยืนยันการสนับสนุนทุนการศึกษาและการจ้างงานเมื่อจบการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต “โครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน” (แบบฟอร์ม No-02)



ที่.....

หนังสือส่งรายชื่อนักเรียน
เพื่อสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตามโครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2563

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ตำแหน่ง
อบต./เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง จังหวัด
สังกัดกอง..... กรม..... กระทรวง.....

ขอส่งรายชื่อเรียนที่ผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการคัดเลือกนักเรียนของพื้นที่เพื่อสมัคร
คัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามโครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อ
ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2563 ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. นาย/นาง/นางสาว.....
2. นาย/นาง/นางสาว.....
3. นาย/นาง/นางสาว.....

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : หนังสือส่งรายชื่อต้องมีตราประทับของ อบต./เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง และลงนาม
รับรอง โดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน



(แบบฟอร์ม No-02)

ที่.....

หนังสือยืนยันการสนับสนุนทุนการศึกษาและการจ้างงานเมื่อจบการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เพื่อสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตามโครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2563

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ตำแหน่ง

อบต./เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง จังหวัด

สังกัดกอง..... กรม..... กระทรวง.....

ขอยืนยันการสนับสนุนทุนการศึกษาและการจ้างงานเมื่อจบการศึกษาของนักเรียนที่ผ่านการ
คัดเลือกจากคณะกรรมการคัดเลือกนักเรียนของพื้นที่ดังรายชื่อในแบบฟอร์ม No-01 และสามารถผ่านการ
คัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามโครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อ
ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : หนังสือการสนับสนุนทุนการศึกษาและการจ้างงานเมื่อจบการศึกษา ต้องมีตราประทับของ
อบต./เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง และลงนามรับรองโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของ
หน่วยงาน



ประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เรื่อง การรับสมัครนักเรียนเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)
ประจำปีการศึกษา 2563 (รอบที่ 1)

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะเปิดรับสมัครนักเรียนเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน ประจำปีการศึกษา 2563 (รอบที่ 1) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คุณสมบัติของผู้สมัคร

1.1 คุณสมบัติทั่วไป

- 1.1.1 สุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเป็นพยาบาล โดยผ่านการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐ
- 1.1.2 มีเจตคติที่ดีต่อการเป็นพยาบาลชุมชนและพร้อมที่จะกลับไปทำงานในพื้นที่
- 1.1.3 มีความประพฤติเรียบร้อย
- 1.1.4 อายุไม่เกิน 20 ปี (นับจากวันประกาศรับสมัคร)
- 1.1.5 ได้รับการคัดเลือกจากคณะกรรมการคัดเลือกนักเรียนในพื้นที่ ซึ่งทำข้อตกลงกับคณะพยาบาลศาสตร์ ในโครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน ได้แก่ จังหวัดภูเก็ต สตูล นราธิวาส ปัตตานี และยะลา

1.2 คุณสมบัติเฉพาะ

- 1.2.1 สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ปีที่ 6) แนวการเรียนวิทยาศาสตร์ -คณิตศาสตร์ มีผลการเรียนตลอด 6 ภาคการศึกษา (ตั้งแต่ภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - ภาคการศึกษาที่ 2 ของชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6) เฉลี่ยรวมไม่น้อยกว่า 2.75 หรือ
- 1.2.2 กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 6 แนวการเรียนวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ และจะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษาที่ประกาศรับสมัคร มีผลการเรียนตลอด 5 ภาคการศึกษา (ตั้งแต่ภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - ภาคการศึกษาที่ 1 ของชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6) เฉลี่ยรวมไม่น้อยกว่า 2.75
- 1.2.3 มี Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเป็นผู้นำ 2) เป็นผู้มีความซื่อสัตย์ 3) การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4) การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ
- 1.2.4 ได้รับการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐ เป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน (มีใบรับรองจากโรงพยาบาลของรัฐเป็นหลักฐานประกอบการสมัคร)
- 1.2.5 สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นตาบอดสีทั้งสองข้างอย่างรุนแรง และไม่มี ความบกพร่องทางการได้ยินแบบถาวรที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนหรือฝึกปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาล (มีใบรับรองแพทย์เป็นหลักฐาน)

2. จำนวนที่รับ 3 คน

3. ปฏิทินดำเนินการ

กำหนดการ	กิจกรรม
พฤศจิกายน 2562	คณะพยาบาลศาสตร์ จัดส่งเอกสารประกาศมหาวิทยาลัย เรื่อง การรับสมัครบุคคล เพื่อสอบคัดเลือกของโครงการ ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดภูเก็ต สตูล นราธิวาส ปัตตานี และ ยะลา
2 - 11 ธันวาคม 2562	ผู้สมัครทุกคนต้องไปสมัครลงทะเบียนและยืนยันตัวตนในระบบ TCAS ของสมาคม ทปอ. ทางเว็บไซต์ https://student.mytcas.com
3 - 11 ธันวาคม 2562	ลงทะเบียนเพื่อขอชื่อผู้ใช้ (User) และรหัสผ่าน (password) เข้าระบบทางเว็บไซต์ที่ https://e-admission.psu.ac.th โดยระบบจะปิดเวลา 15.30 น. ในวันที่สิ้นสุด การรับสมัคร
3 - 11 ธันวาคม 2562	รับสมัครออนไลน์ และแก้ไขข้อมูลการสมัครทางเว็บไซต์ที่ https://e-admission.psu.ac.th โดยระบบจะปิดเวลา 23.30 น. ในวันที่สิ้นสุด การรับสมัคร (ผู้สมัครสามารถสมัครได้เพียง 1 คณะ/สาขาวิชาเท่านั้น)
12 - 15 ธันวาคม 2562	- พิมพ์ใบสมัครจากระบบ และชำระเงินค่าสมัครที่ธนาคาร หรือ Scan bar code เพื่อ ชำระเงินออนไลน์ในระบบ และให้นักเรียนนำใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการ สมัครไปยื่นได้ที่คณะกรรมการการคัดเลือกนักเรียนขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น - องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จัดส่งใบสมัครและหลักฐานประกอบการสมัครให้คณะ พยาบาลศาสตร์ (ใบสมัครและหลักฐานต้องถึงคณะฯ ภายในวันที่ 15 ธันวาคม 2562)
ตรวจสอบได้หลังจากวันที่ส่ง เอกสารแล้ว 5 วันทำการ	ผู้สมัครตรวจสอบสถานะการชำระเงินและการส่งเอกสารการสมัคร ได้ที่เว็บไซต์ https://e-admission.psu.ac.th
14 มกราคม 2563	คณะพยาบาลศาสตร์ประกาศรายชื่อผู้ได้รับคัดเลือกเพื่อสอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th
18 มกราคม 2563	นักเรียนที่ได้รับการคัดเลือกไปสอบสัมภาษณ์ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
21 มกราคม 2563	คณะพยาบาลศาสตร์จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสัมภาษณ์ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th
30 - 31 มกราคม 2563	ผู้ผ่านการคัดเลือกยืนยันสิทธิ์ในระบบ TCAS ทางเว็บไซต์ https://student.mytcas.com ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (ทปอ.)
4 กุมภาพันธ์ 2563	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาทางเว็บไซต์ https://www.entrance.psu.ac.th
ติดตามรายละเอียดในเว็บไซต์ กองทะเบียนและประมวลผล	รายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา

4. เอกสารการสมัคร และการส่งเอกสารให้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้สมัครต้องตรวจคุณสมบัติทั่วไป (ตามข้อ 1.1) และคุณสมบัติเฉพาะ (ตามข้อ 1.2) ของตนเอง หากปรากฏในภายหลังว่า ผู้สมัครขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลักฐานที่ใช้ประกอบการสมัครเป็นเท็จ จะถูกตัดสิทธิ์การเข้าศึกษา แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกได้เข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนักศึกษา และไม่คืนเงินให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ

4.1 เอกสารการสมัคร

4.1.1 ใบสมัครพิมพ์จากระบบ ที่กรอกข้อความครบถ้วนสมบูรณ์ (ติดรูปถ่ายขนาด 3x4 ซม.) พร้อมลงลายมือชื่อในใบสมัคร

4.1.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

4.1.3 สำเนาหลักฐานการศึกษา/ใบเรียนผลการเรียน 5 ภาคการศึกษาต่อเนื่องกันในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีผู้บริหารโรงเรียนหรืออาจารย์หัวหน้าฝ่ายทะเบียนเป็นผู้รับรองความถูกต้อง

4.1.4 Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเป็นผู้นำ 2) เป็นผู้มีคุณธรรมจริยธรรม 3) การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4) การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ

4.1.5 ใบรับรองการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐ เป็นเวลา 10 วัน

4.1.6 ใบรับรองแพทย์ ใบรับรองจักษุแพทย์ ใบรับรองแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก ตามแบบฟอร์มที่คณะพยาบาลศาสตร์กำหนด

4.1.7 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)

4.1.8 เอกสารหรือสลิปธนาคาร (ถ้ามี) แสดงการชำระเงินค่าสมัคร 200 บาท

4.2 การชำระเงินค่าสมัคร

ชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน 200 บาท/คน (ค่าธรรมเนียม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ)

4.3 การส่งเอกสารให้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะกรรมการการคัดเลือกนักเรียนขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ส่งรายชื่อพร้อมเอกสารสมัคร (ตามข้อ 4.1) ให้คณะพยาบาลศาสตร์ ระหว่างวันที่ 12 - 15 ธันวาคม 2562 (เอกสารถึงคณะฯ ภายในวันที่ 15 ธันวาคม 2562) จ่าหน้าซองถึง

เรียน รองคณบดีฝ่ายการศึกษาปริญญาตรี (งานหลักสูตรปริญญาตรี)
กลุ่มงานการจัดการศึกษาและพัฒนานักศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

หมายเหตุ : เอกสารที่ส่งทางไปรษณีย์ กรุณาส่งเป็นจดหมายลงทะเบียน หรือจดหมายด่วนพิเศษ (EMS) เพื่อป้องกันความล่าช้าหรือเอกสารสูญหาย และสะดวกในการตรวจสอบเอกสารกับทางไปรษณีย์

5. องค์ประกอบที่ใช้พิจารณาคัดเลือก

5.1 คุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร ตามข้อ 1.1 และข้อ 1.2

5.2 คะแนนสอบสัมภาษณ์และสอบเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล

6. วิธีพิจารณาคัดเลือก

6.1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะตรวจสอบคุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัครในเบื้องต้น หากผู้ใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่คณะพยาบาลศาสตร์กำหนดจะถูกตัดสิทธิ์

6.2 เมื่อผู้สมัครผ่านการคัดเลือก (ตามข้อ 6.1) เป็นผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์แล้วจะทดสอบเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลจากนั้นคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์จะประเมินผลการสอบสัมภาษณ์และตัดสินผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

การพิจารณาคัดเลือกผลการคัดเลือกของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถือเป็นขั้นสุดท้าย

7. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเบื้องต้น และมีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ และทดสอบเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล ในวันที่ 14 มกราคม 2563 โดยผ่านทางระบบ Internet ที่เว็บไซต์ <https://www.nur.psu.ac.th>

8. การสอบสัมภาษณ์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดให้มีการสอบสัมภาษณ์ที่คณะพยาบาลศาสตร์ ในวันที่ 18 มกราคม 2563 รายงานตัวเวลา 08.30-09.30 น. สถานที่ที่จะแจ้งอีกครั้งในวันประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ และผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หากไม่ไปสอบสัมภาษณ์ในวัน เวลา ที่กำหนด มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะถือว่านักเรียนสละสิทธิ์ (โดยนำหลักฐานเอกสารการสมัคร ตามหัวข้อ 4.1 (ข้อ 4.1.2-4.1.7) ฉบับจริงมาแสดงในวันสอบสัมภาษณ์)

9. การประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก

ประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก ในวันที่ 21 มกราคม 2563 โดยผ่านระบบ Internet ที่เว็บไซต์ <https://www.nur.psu.ac.th>

10. การยืนยันใช้สิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ผ่านระบบ TCAS)

ผู้ที่ผ่านการสอบสัมภาษณ์และได้รับคัดเลือกเข้าศึกษา จะต้องยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา ในระหว่างวันที่ 30 - 31 มกราคม 2563 ผ่านระบบ TCAS (Thai university Central Admissions System) ทางเว็บไซต์ <https://student.mytcas.com> ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (สพอ.) มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

11. การสละสิทธิ์เข้าศึกษา

ผู้ที่ได้ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาภายใต้โครงการดังกล่าวแล้ว หากประสงค์จะสละสิทธิ์ ให้ดำเนินการสละสิทธิ์ในระบบ TCAS ตามช่วงเวลาทางสมาคม ทปอ. กำหนด

12. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563 โดยผ่านระบบ Internet ที่เว็บไซต์ <https://www.entrance.psu.ac.th>

13. สิทธิของผู้ผ่านการคัดเลือก

ผู้ได้รับการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ต้องเข้าศึกษาในชั้นเรียนเต็มเวลา ตามระเบียบการศึกษาของมหาวิทยาลัย โดยจะได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาจากพื้นที่ และได้รับการรับรองการจ้างงานในพื้นที่เมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษา และมีการรายงานผลการศึกษาให้กับคณะกรรมการการคัดเลือกนักเรียนของพื้นที่ทุกภาคการศึกษา

14. เงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

14.1 นักศึกษาต้องศึกษาและผ่านการวัดและประเมินผลรายวิชาต่าง ๆ ครบถ้วนตามหลักสูตรข้อกำหนด และเงื่อนไขของคณะพยาบาลศาสตร์ และเป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

14.2 นักศึกษาต้องสอบผ่านภาษาอังกฤษตามมาตรฐานขั้นต่ำที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กำหนด

15. การชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา และการรายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา

สามารถติดตามรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ของกองทะเบียนและประมวลผล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งจะแจ้งให้ทราบในภายหลัง

16. การติดต่อสอบถามรายละเอียดโครงการ

ติดต่อได้ที่ คุณธัญกานต์ แก้วพิบูลย์ กลุ่มงานการจัดการศึกษาและพัฒนานักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โทรศัพท์ 074-286451

ประกาศ ณ วันที่

7 พ.ย. 2562

(รองศาสตราจารย์ ดร.จุฑามาส ศตสุข)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่



หนังสือรับรองการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....
ขอรับรองว่านาย/นางสาว.....ได้รับการฝึกช่วย
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ สำหรับผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาล
ศาสตรบัณฑิต โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2563 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 ทั้งนี้ขอให้ระบุ
การมีประสบการณ์และระยะเวลาการฝึกช่วยปฏิบัติงานให้ชัดเจน

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจสอบสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2563

(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. ไอบ่อยเลือด
()	()	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 และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง
หรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษา
แล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

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

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่ เดือน.....พ.ศ.

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

Height.....cm. Blood Pressure...../.....mmHg.
Weight.....kg. Pulse Rate per 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. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
 2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจตาบอดสี
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2563

(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. ในรายงานผลการตรวจตาบอดสี ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นของจักษุแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอรับการตรวจตาบอดสีจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/หรือ โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2563

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

ชื่อ-สกุล เพศ () ชาย () หญิง

วัน เดือน ปีเกิด

โรงพยาบาลที่ตรวจ จังหวัด

H.N. วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

ความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก (เกี่ยวกับความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรของผู้รับ
การตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

() ไม่มีความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร

() มีความบกพร่องของการได้ยิน (ระบุ).....

อื่น ๆ ระบุ.....

Physician Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ
1. ใบรายงานผลการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรที่สมบูรณ์ต้องมีตราของ
โรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่ายและต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก
ผู้ตรวจกำกับ
 2. ผู้สมัครฯ ต้องไปขอรับการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรจากโรงพยาบาล
ประจำจังหวัด/หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัย
ทุกแห่ง