



ประกาศคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เรื่อง การตรวจสุขภาพผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา
หลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ปีการศึกษา 2564 (TCAS รอบ 1-4)

เพื่อให้การคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา (Thai University Central Admission System: TCAS) หลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอประกาศให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีการศึกษา 2564 (TCAS รอบ 1-4) ดำเนินการตรวจสุขภาพตามรายละเอียดดังนี้

1. สถานที่ตรวจสุขภาพ

ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์สามารถเลือกเข้ารับการตรวจสุขภาพได้ ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- 1) เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพเพื่อเดินทางไปต่างประเทศ (เปิดบริการเฉพาะวันจันทร์ อังคาร พุธ เท่านั้น) ตั้งอยู่ที่ชั้น 1 และ ชั้น 2 ภายในศูนย์บริการทางการแพทย์โรงเรียนเวรดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซอยพหลโยธิน 11 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330 หมายเลขโทรศัพท์ 091-774-6463, 064-585-0941, 064-585-0940 รายละเอียดที่ตั้งเอกสารแนบท้ายหมายเลข 1 ซึ่งมีเอกสารหลักฐานที่ต้องใช้การตรวจสุขภาพ ดังนี้
 - บัตรประชาชนตัวจริง พร้อมสำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ใบ โดยรับรองสำเนาพร้อมระบุว่าใช้สำหรับการตรวจสุขภาพเพื่อเข้าศึกษา คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (ไม่ต้องทำเวชระเบียน)
 - รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 ใบ
 - ค่าตรวจแบบเหมาจ่าย เป็นเงินสด จำนวนเงิน 500.00 บาท
- 2) เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลที่อยู่ในเขตใกล้บ้าน โดยใช้แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพตามเอกสารแนบท้ายหมายเลข 2 ซึ่งมีรายการการตรวจสุขภาพ ดังนี้
 - ตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest PA)
 - ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
 - ตรวจสายตา ตรวจตาบอดสี
 - ตรวจความดันโลหิต จับชีพจร
 - ตรวจร่างกาย

2. กำหนดวันส่งผลการตรวจสอบภาพ

ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ต้องดำเนินการส่งผลการตรวจสอบภาพให้กรรมการสอบสัมภาษณ์ในวันที่สอบสัมภาษณ์ (วันที่ 30 มกราคม 2564)

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ธันวาคม พ.ศ.2564

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ น.สพ.ดร.คงศักดิ์ เชียงธรรม)
คณบดีคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า.....หมายเลขบัตรประชาชน.....

สถานที่อยู่(ที่สามารถติดต่อได้).....

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1.โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ).....2.อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ).....3.เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี (ระบุ).....

4.ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....เลขที่ใบตรวจสุขภาพ.....วันที่ตรวจ.....(1)

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....(2)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกาย.....

แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....(3) มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว.....กก. ความสูง.....เซ็นติเมตร ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ(ระบุ).....

ขอรับรองว่าคุณคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏ

อาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการ

แสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4) โรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจ

- ตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest PA).....

- ตรวจสายตา ตรวจตาบอดสี.....

- อื่นๆ (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 3 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย (2) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (3) ให้แสดงว่าเป็นผู้มร่างกายสมบูรณ์เพียงใด