



ประกาศคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เรื่อง กำหนดขั้นตอนการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
รอบที่ 3 Admission 1 โครงการรับตรงร่วมกันของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.)
และรอบที่ 3 Admission 2 โครงการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ผ่านระบบ TCAS
ประจำปีการศึกษา 2564

.....

ตามที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (ทปอ.) กำหนดประกาศผลการคัดเลือกรอบที่ 3 ครั้งที่ 1 ในวันที่ 26 พฤษภาคม 2564 และประกาศผลการคัดเลือกรอบที่ 3 ครั้งที่ 2 ในวันที่ 1 มิถุนายน 2564 นั้น

เพื่อให้การคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา (Thai University Central Admission System: TCAS) รอบที่ 3 Admission 1 โครงการรับตรงร่วมกันของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) ประจำปีการศึกษา 2564 และรอบที่ 3 Admission 2 โครงการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ผ่านระบบ TCAS ประจำปีการศึกษา 2564 เป็นไปด้วยความเรียบร้อย คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ขอประกาศกำหนดขั้นตอนการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ดังนี้

1. การสอบสัมภาษณ์

ไม่มีการสอบสัมภาษณ์

2. การประเมินคุณสมบัติเพิ่มเติม

ให้ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเข้ารับการตรวจสุขภาพและส่งผลการตรวจสุขภาพ ไปที่ Email: fvetbbd@ku.ac.th ภายในวันที่ 4 มิถุนายน 2564 เวลา 12.00 น. โดยสามารถเลือกเข้ารับการตรวจสุขภาพได้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

1) เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพเพื่อเดินทางไปต่างประเทศ ตั้งอยู่ที่ชั้น 1 และ ชั้น 2 ภายในศูนย์บริการทางการแพทย์โรงเรียนเวรดิ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซอยพหลโยธิน 11 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330 หมายเลขโทรศัพท์ 091-774-6463, 064-585-0941, 064-585-0940 รายละเอียดที่ตั้ง ดังเอกสารแนบท้าย หมายเลข 1 ซึ่งมีเอกสารหลักฐานที่ต้องใช้ในการตรวจสุขภาพ ดังนี้

- บัตรประชาชนตัวจริง พร้อมสำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ใบ โดยรับรองสำเนาพร้อมระบุว่าใช้สำหรับการตรวจสุขภาพเพื่อเข้าศึกษา คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (ไม่ต้องทำเวชระเบียน)
- รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 ใบ
- ค่าตรวจแบบเหมาจ่าย เป็นเงินสด จำนวนเงิน 500.00 บาท

อนึ่ง ก่อนการเดินทางไปเข้ารับการตรวจสุขภาพ ต้องโทรศัพท์นัดหมายล่วงหน้า อย่างน้อย 1 วัน ที่หมายเลขโทรศัพท์ 091-774-6463, 064-585-0941, 064-585-0940

2) เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลที่อยู่ในเขตใกล้บ้าน รายละเอียดดังตัวอย่างเอกสารแนบท้าย หมายเลข 2 ซึ่งมีรายการการตรวจสุขภาพ ดังนี้

- ตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest PA)
- ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
- ตรวจสายตา ตรวจตาบอดสี
- ตรวจความดันโลหิต จับชีพจร
- ตรวจร่างกาย

ทั้งนี้ หากผู้ผ่านการคัดเลือก ไม่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ถือว่าสละสิทธิ์การเข้าศึกษาไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

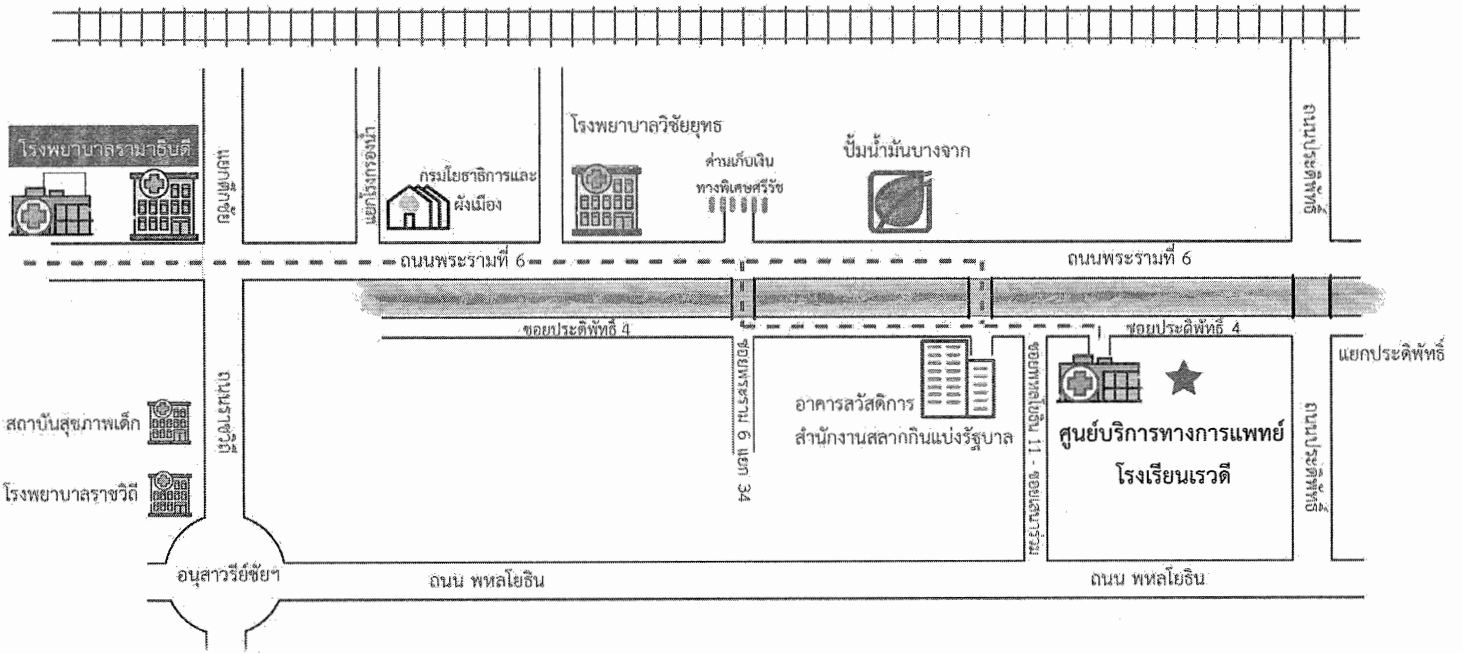
กรณีมีข้อสงสัยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณบุษบง ดำชื่น งานบริการการศึกษา คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เบอร์โทรศัพท์ 02 797 1900 ต่อ 1101-1103 มือถือ 062 426 4155 Email: fvetbbd@ku.ac.th

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ.2564

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ น.สพ.ดร.คงศักดิ์ เทียงธรรม)
คณบดีคณะสัตวแพทยศาสตร์

แผนที่การเดินทางจากโรงพยาบาลรามามา - ศูนย์บริการทางการแพทย์โรงเรียนเรเวดี



รถประจำทางที่ผ่านหน้าโรงพยาบาลรามามา

รถเมล์ผ่าน

สาย 44, 67

รถเมล์ปรับอากาศพิเศษผ่าน

สาย ปอ.44



สแกนแผนที่

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).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(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) ให้แสดงว่าเป็นผู้ที่มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด