



ประกาศคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา  
หลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
ปีการศึกษา 2567 (TCAS รอบ 1-3)

.....

เพื่อให้บุคคลเข้าศึกษาในหลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เป็นผู้มีความสมบัติเฉพาะของผู้สมัครเข้าเรียนหลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต ฉบับ พ.ศ.2559 ซึ่งได้ระบุไว้ในประกาศภาคีคณบดีคณะสัตวแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย เรื่องคุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัครเข้าเรียนหลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต ฉบับ พ.ศ.2559 ลงวันที่ 7 กรกฎาคม 2559

ดังนั้น จึงขอประกาศคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา หลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีการศึกษา 2567 (TCAS รอบ 1-3) รายละเอียดดังนี้

### 1. สถานที่ตรวจสอบสุขภาพ

ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์สามารถเลือกเข้ารับการตรวจสอบสุขภาพได้ ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- 1) เข้ารับการตรวจสอบสุขภาพ ณ ศูนย์ตรวจสอบสุขภาพเพื่อเดินทางไปต่างประเทศ ตั้งอยู่ที่ชั้น 2 ภายในศูนย์บริการทางการแพทย์โรงเรียนเวรดิ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซอยพหลโยธิน 11 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330 หมายเลขโทรศัพท์ 091 774-6463, 064 585-0941 และ 064 585-0940 (เปิดบริการตั้งแต่วันที่จันทร์-ศุกร์ ทั้งนี้แนะนำให้เข้ารับการตรวจในวันจันทร์และอังคาร เนื่องจากมีคิวน้อย) ซึ่งมีเอกสารหลักฐานที่ต้องใช้การตรวจสอบสุขภาพ ดังนี้
  - บัตรประชาชนตัวจริง พร้อมสำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ใบ โดยรับรองสำเนาพร้อมระบุว่าใช้สำหรับการตรวจสอบสุขภาพเพื่อเข้าศึกษา คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (ไม่ต้องทำเวชระเบียน)
  - รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 ใบ
  - ค่าตรวจแบบเหมาจ่าย เป็นเงินสด จำนวนเงิน 500.00 บาท



## 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 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) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด