



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

เรื่อง รับสมัครทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุขในความร่วมมือระหว่าง
องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

ด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง โดยความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ได้จัดทำโครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุขในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ เพื่อสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุขให้กับนักเรียนในจังหวัดระยอง ตลอดหลักสูตร จำนวนทั้งสิ้น ๘ ทุน เป็นเงินจำนวนทั้งสิ้น ๒,๒๔๐,๐๐๐.- บาท (สองล้านสองแสนสี่หมื่นบาทถ้วน) ประกอบด้วย คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรภาษาไทย จำนวน ๕ ทุน และคณะสหเวชศาสตร์ หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด จำนวน ๓ ทุน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๕/๕ (๒) แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงประกาศรับสมัครทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุขในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ ในคณะ หลักสูตร และสาขาวิชาข้างต้น เพื่อรับสมัครผู้ประสงค์ขอรับทุนการศึกษาตามโครงการดังกล่าว (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)

จึงประกาศมาเพื่อทราบ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายกตติ เกียรติมนตรี)

รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ปฏิบัติราชการแทน
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

เอกสารแนบท้ายประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

เรื่อง รับสมัครทุนการศึกษา โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุขในความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙
ลงวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๘

ปฏิทินการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา (TCAS รอบที่ ๑)

รายการ	สถานที่/ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี	เวลา
ตรวจร่างกาย (เพื่อประกอบการสมัคร)	โรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน โดยตรวจตามแบบฟอร์มที่กำหนด	ก่อนวันที่ ๔ ธ.ค. ๒๕๖๘	-
รับสมัครคัดเลือก (ส่งใบสมัคร และหลักฐานการสมัครที่ อบจ.ระยอง)	องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง	๑๗ ต.ค. ๒๕๖๘ - ๔ ธ.ค. ๒๕๖๘	ในวันและเวลาราชการ
ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์	องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง www.rayong-pao.go.th	๑๕ ธ.ค. ๒๕๖๘	-
สัมภาษณ์ (อาจใช้ ๑ วัน)	องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง	๒๒ - ๒๓ ธ.ค. ๒๕๖๘	-
ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์ได้รับทุนการศึกษา	องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง www.rayong-pao.go.th	๕ ม.ค. ๒๕๖๙	-
กรอกข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ต (เฉพาะผู้ได้รับทุนการศึกษา)	http://regservice.buu.ac.th http://e-admission.buu.ac.th	๘ - ๑๕ ม.ค. ๒๕๖๙	-
ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์ยืนยันสิทธิ์ Clearing House	http://regservice.buu.ac.th http://e-admission.buu.ac.th	๕ ก.พ. ๒๕๖๙	๑๖.๐๐ น.
ยืนยันสิทธิ์ผ่านระบบ Clearing House	http://student.mytcas.com	๖ - ๗ ก.พ. ๒๕๖๙	-
ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา	http://regservice.buu.ac.th http://e-admission.buu.ac.th	๑๐ ก.พ. ๒๕๖๙	๑๖.๐๐ น.
รายงานตัวออนไลน์เพื่อเข้าศึกษา	http://smartreg.buu.ac.th	๒๓ - ๒๕ ก.พ. ๒๕๖๙	-
รายงานตัวรับทุนการศึกษา	องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง	กำหนดภายหลัง	-
ปฐมนิเทศนิสิตใหม่	๑ - ๓ ก.ค. ๒๕๖๙		
เปิดภาคเรียน	๔ ก.ค. ๒๕๖๙		

หมายเหตุ (๑) ในวันปฐมนิเทศนิสิตใหม่ จะได้พบอาจารย์ที่ปรึกษาและลงทะเบียนเรียนรายวิชา

(๒) ปฏิทินการคัดเลือกอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

๑. คุณสมบัติทั่วไปของผู้สมัคร

- ๑.๑ เป็นผู้ที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ อยู่ในโรงเรียนในจังหวัดระยอง
- ๑.๒ มีภูมิลำเนาและมีชื่อในทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดระยอง เป็นระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า ๓ ปี นับถึงวันปิดรับสมัคร
- ๑.๓ เป็นบุคคลที่มีเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย
- ๑.๔ ไม่เป็นผู้อยู่ระหว่างถูกคัดเลือกเข้ารับราชการทหารในเดือนเมษายน ๒๕๖๔
- ๑.๕ เป็นผู้มีความประพฤติดี ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- ๑.๖ ไม่เป็นผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทุกชนิด
- ๑.๗ มีความเลื่อมใสในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยด้วยความบริสุทธิ์ใจ
- ๑.๘ มีคุณสมบัติเฉพาะตามที่คณะและสาขาวิชากำหนด

๒. คุณสมบัติเฉพาะสาขา คำแนะนำก่อนการตัดสินใจสมัคร

๒.๑ คณะพยาบาลศาสตร์

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรภาษาไทย

หลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต ภาคปกติ (หลักสูตรภาษาไทย)	GPAX ขั้นต่ำ (๕ ภาคเรียน)	จำนวนหน่วยกิตกลุ่มสาระ ชั้นต่ำ				
		ภาษาไทย	คณิตศาสตร์	วิทยาศาสตร์	สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม	ภาษา ต่าง ประเทศ
	๒.๕๐	-	๑๐	๑๘	-	-
		ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมตามกลุ่มสาระการเรียนรู้ (GPA กลุ่มสาระ) ชั้นต่ำ				
		ภาษาไทย	คณิตศาสตร์	วิทยาศาสตร์	สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม	ภาษา ต่าง ประเทศ
		-	-	-	-	-

หมายเหตุ ค่าบำรุงและค่าธรรมเนียมการศึกษา เป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยบูรพา ว่าด้วยการเก็บเงินค่าบำรุงและค่าธรรมเนียมการศึกษา แบบเหมาจ่าย ระดับปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์

ผู้สมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรภาษาไทย จะต้องมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบวิชาชีพ ดังต่อไปนี้

- ๑) มีความพิการด้านร่างกาย
- ๒) มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
- ๓) เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือมีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบอาชีพ
- ๔) เป็นโรคไม่ติดต่อที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบอาชีพ ได้แก่

๔.๑) โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งนี้โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้

๔.๒) โรคหัวใจ...

๔.๒) โรคหัวใจระดับรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร และเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบอาชีพเวชกรรม

๔.๓) โรคความดันเลือดสูงรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร

๔.๔) ภาวะไตวายเรื้อรัง

๔.๕) โรคติดเชื้อเรื้อรัง

๕) ตาบอดสีชนิดรุนแรงทั้งสองข้าง

๖) หูหนวกหรือหูตึง (threshold ของการได้ยินสูงกว่า ๔๐ dB) จากความผิดปกติทางประสาทและการได้ยิน (Sensorineural Hearing Loss: SNHL) ถ้าได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น ข้างใดข้างหนึ่ง

๗) ความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๗.๑) สายตาดำกว่า ๖/๑๒ ทั้งสองข้าง

๗.๒) สายตาข้างใดข้างหนึ่งต่ำกว่า ๖/๒๔

๗.๓) ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ

ทั้งนี้ ผลการพิจารณาการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์ โดยคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์อาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคตรวจบางรายการเพิ่มเติมได้

๒.๒ คณะสหเวชศาสตร์

หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา กายภาพบำบัด ภาคปกติ	GPAX ขั้นต่ำ (๕ ภาคเรียน)	จำนวนหน่วยกิตกลุ่มสาระฯ ขั้นต่ำ				
		ภาษาไทย	คณิตศาสตร์	วิทยาศาสตร์	สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม	ภาษาต่างประเทศ
	๒.๗๕	-	๑๐	๑๘	-	-
	ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมตามกลุ่มสาระการเรียนรู้ (GPA กลุ่มสาระฯ) ขั้นต่ำ					
		ภาษาไทย	คณิตศาสตร์	วิทยาศาสตร์	สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม	ภาษาต่างประเทศ
		-	-	๒.๗๕	-	๒.๗๕

หมายเหตุ ค่าบำรุงและค่าธรรมเนียมการศึกษา เป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยบูรพา ว่าด้วยการเก็บเงิน

ค่าบำรุงและค่าธรรมเนียมการศึกษา แบบเหมาจ่าย ระดับปริญญาตรี คณะสหเวชศาสตร์

ผู้สมัครเข้าศึกษาในคณะสหเวชศาสตร์ มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง และปราศจากโรค
อาการของโรค หรือมีความพิการ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด ดังต่อไปนี้

๑) มีความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด

๒) โรคติดเชื้อเรื้อรัง

๓) มีปัญหา...

- ๓) มีปัญหาด้านจิตเวชขั้นรุนแรง เช่น โรคจิต โรคประสาท หรือโรคบุคลิกภาพแปรปรวน
- ๔) ตาบอดสีขั้นรุนแรงทั้งสองข้าง
- ๕) เป็นโรคระยะติดต่อหรือปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจของสังคม ได้แก่ โรคเรื้อนระยะติดต่อ โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการ โรคพิษสุราเรื้อรัง วัณโรคในระยะติดต่อ

๓. คณะ สาขาวิชา และจำนวนรับเข้าศึกษา

หลักสูตร/สาขาวิชา	ชื่อปริญญา	จำนวนรับ
๑. คณะพยาบาลศาสตร์		
- หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาคปกติ (หลักสูตรภาษาไทย)	พย.บ.	๕
๒. คณะสหเวชศาสตร์		
- สาขาวิชากายภาพบำบัด ภาคปกติ	วท.บ.	๓
รวม		๘

๔. การสมัครคัดเลือก

๔.๑ ผู้สมัครต้องศึกษาประกาศการรับสมัครให้เข้าใจก่อนการสมัคร และต้องรับชมวิดีโอที่ชี้แนะคณะ/หลักสูตร/สาขาวิชา ที่ต้องการสมัครก่อนยื่นใบสมัคร

๔.๒ ผู้สมัครขอรับใบสมัครหรือดาวน์โหลดใบสมัคร ได้ตามช่องทางดังนี้

๑) รับใบสมัครขอรับทุนการศึกษา ได้ที่ ชั้น ๒ งานฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุ ฝ่ายบริการทางการแพทย์ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

๒) ดาวน์โหลดใบสมัครขอรับทุนการศึกษา ได้ที่ www.rayong-pao.go.th (ข่าวประชาสัมพันธ์)

๔.๓ ผู้สมัครยื่นใบสมัครขอรับทุนการศึกษา ด้วยตนเอง พร้อมเอกสารหลักฐานที่แนบใบสมัครยื่นขอรับทุนการศึกษา และรับรองสำเนาเรียบร้อย ได้ที่ ชั้น ๒ งานฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุ ฝ่ายบริการทางการแพทย์ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ตั้งแต่วันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๔ ธันวาคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ

๔.๔ องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง จะดำเนินการสุ่มตรวจสอบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครขอรับทุนการศึกษา หากพบข้อมูลใดเป็นเท็จ จะถูกตัดสิทธิ์จากการพิจารณาทุกกรณี

๔.๕ การสมัครเข้าศึกษาผู้สมัครต้องรับผิดชอบข้อมูลการสมัครของตนเอง หากข้อมูลใดเป็นเท็จมหาวิทยาลัยบูรพาจะถือว่าทุจริต และจะถูกตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษา

๕. การคัดเลือกเข้าศึกษาและรับทุนการศึกษา

๕.๑ คณะกรรมการฯ ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา

๕.๒ คณะกรรมการฯ พิจารณาและสัมภาษณ์ผู้ประสงค์ขอรับทุนการศึกษา ที่ผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น

๕.๓ ในการประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกมีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ และการประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพาของสงวนสิทธิ์ไม่จำเป็นที่จะรับผู้สมัครเข้าศึกษาตามจำนวนรับที่ได้ประกาศไว้ หากผลการคัดเลือกไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่สาขาวิชา/คณะได้กำหนดไว้ และผลการตัดสินของคณะกรรมการฯ ถือเป็นอันสิ้นสุด

หมายเหตุ คณะกรรมการฯ หมายถึง คณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ และคณะกรรมการสัมภาษณ์ และพิจารณาผู้มีสิทธิ์ได้รับทุนการศึกษา

๖. เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกเข้าศึกษา

๖.๑	ผลคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX) ๕ ภาคเรียน	คิดเป็นร้อยละ ๑๐
๖.๒	ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมตามกลุ่มสาระการเรียนรู้ (GPA กลุ่มสาระ)	
๖.๒.๑	กลุ่มสาระการเรียนรู้ภาษาไทย	คิดเป็นร้อยละ ๕
๖.๒.๒	กลุ่มสาระการเรียนรู้คณิตศาสตร์	คิดเป็นร้อยละ ๑๐
๖.๒.๓	กลุ่มสาระการเรียนรู้วิทยาศาสตร์	คิดเป็นร้อยละ ๑๐
๖.๒.๔	กลุ่มสาระการเรียนรู้สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม	คิดเป็นร้อยละ ๕
๖.๒.๕	กลุ่มสาระการเรียนรู้ภาษาต่างประเทศ	คิดเป็นร้อยละ ๑๐
๖.๓	ผลคะแนนการสัมภาษณ์	คิดเป็นร้อยละ ๕๐

๗. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์

๗.๑ องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ในวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๘ ณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง และเว็บไซต์ www.rayong-pao.go.th ทั้งนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง จะแจ้งเป็นหนังสือให้ทราบเฉพาะผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เท่านั้น และให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เข้ารับการสัมภาษณ์ ในวันที่ ๒๒ - ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๘ (อาจสัมภาษณ์เพียง ๑ วัน) รายละเอียดและสถานที่ที่สอบสัมภาษณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยองจะประกาศให้ทราบอีกครั้ง

๗.๒ สัมภาษณ์ผู้ปกครองผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์และมีโอกาสเป็นผู้มีสิทธิ์ได้รับทุนการศึกษา รายละเอียดและสถานที่ที่สอบสัมภาษณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยองจะประกาศให้ทราบอีกครั้ง

๘. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์ได้รับทุนการศึกษา

องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยองประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์ได้รับทุนการศึกษา ณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง และเว็บไซต์ www.rayong-pao.go.th ในวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง จะแจ้งเป็นหนังสือให้ทราบเฉพาะผู้มีสิทธิ์ได้รับทุนการศึกษา เท่านั้น

๙. กรอกข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ต (เฉพาะผู้ได้รับทุนการศึกษา)

๙.๑ กรอกข้อมูลที่เว็บไซต์ <http://regservice.buu.ac.th> หรือ <http://e-admission.buu.ac.th> ตั้งแต่วันที่ ๘ - ๑๕ มกราคม ๒๕๖๙

๙.๒ การกรอกข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตผู้สมัครต้องรับผิดชอบข้อมูลการสมัครของตนเอง หากข้อมูลใดเป็นเท็จ มหาวิทยาลัยบูรพาจะถือว่าทุจริตและไม่ได้รับการพิจารณาคัดเลือก

๑๐. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์ยืนยันสิทธิ์ Clearing House

มหาวิทยาลัยบูรพาจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์และมีสิทธิ์ยืนยันสิทธิ์ Clearing House ในวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์ <http://regservice.buu.ac.th> หรือ <http://e-admission.buu.ac.th> เวลา ๑๖.๐๐ น. เป็นต้นไป

๑๑. การยืนยันสิทธิ์ Clearing House

๑๑.๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาทำการยืนยันสิทธิ์ในระบบ Clearing House ระหว่างวันที่ ๖ - ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์ <http://student.mycas.com>

๑๑.๒ หากยืนยันสิทธิ์ในระบบ Clearing House แล้ว จะไม่สามารถสมัคร TCAS รอบต่อไปได้ หากประสงค์จะสมัคร TCAS ในรอบถัดไป ต้องไม่ทำการยืนยันสิทธิ์ในระบบ Clearing House หรือหากได้ยืนยันสิทธิ์ในระบบ Clearing House แล้ว ให้ทำการสละสิทธิ์เข้าศึกษาในวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์ <http://student.mycas.com>

๑๒. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

มหาวิทยาลัยบูรพาประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาที่เว็บไซต์ <http://regservice.buu.ac.th> หรือ <http://e-admission.buu.ac.th> ในวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ เวลา ๑๖.๐๐ น. เป็นต้นไป

๑๓. เงื่อนไขการเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยบูรพา และการรายงานตัวออนไลน์เพื่อเข้าศึกษา

ผู้มีรายชื่อเป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาให้รายงานตัวออนไลน์ที่เว็บไซต์ <http://smartreg.buu.ac.th> ในวันที่ ๒๓ - ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ผู้ที่รายงานตัวเป็นนิสิตของมหาวิทยาลัยบูรพา หากปรากฏว่าในวันปฐมนิเทศ นิสิตใหม่ยังไม่สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ ถือว่าไม่มีสิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยบูรพา

๑๔. การรายงานตัวรับทุนการศึกษาและข้อปฏิบัติสำหรับผู้มีสิทธิ์ได้รับทุนการศึกษา

ผู้มีสิทธิ์ได้รับทุนการศึกษาและมีสิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยบูรพา ตามประกาศฯ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ให้ปฏิบัติดังนี้

๑๔.๑ เข้าร่วมประชุมในวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด เพื่อรับฟังข้อตกลง เงื่อนไข ข้อปฏิบัติ การทำสัญญารับทุนการศึกษา สัญญาค้ำประกันผู้รับทุนการศึกษา และข้อผูกพันต่างๆ กรณีผู้มีสิทธิ์ได้รับทุนการศึกษา ยอมรับในข้อตกลงหรือเงื่อนไขต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ลงนามเพื่อทำสัญญารับทุนการศึกษา และสัญญาค้ำประกันผู้รับทุนการศึกษากับองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

๑๔.๒ เข้าร่วมพิธีมอบทุนการศึกษาในวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด

๑๔.๓ รายงานผลการเรียนเฉลี่ยและผลการเรียนสะสมทั้งรายภาคและรายปี ต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

๑๔.๔ ปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบของสถานศึกษาโดยเคร่งครัด

๑๔.๕ ทำกิจกรรมจิตอาสาของสถาบัน หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง หรือสมาคมเพื่อนชุมชน หรือหน่วยงานอื่นๆ ตามกำลังและโอกาส ภาคการศึกษาละ ๑ ครั้ง



ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

ใบสมัครคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา (TCAS รอบที่ 1)
โครงการความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยบูรพา องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง และสมาคมเพื่อนชุมชน
ประจำปีการศึกษา 2569

สาขาวิชาที่สมัคร ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในสาขาวิชาที่ต้องการสมัคร (เลือกได้ 1 สาขาวิชา) ☐ พย.บ. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาคปกติ (หลักสูตรภาษาไทย) คณะพยาบาลศาสตร์ ☐ วท.บ. สาขาวิชากายภาพบำบัด ภาคปกติ คณะสหเวชศาสตร์
ประวัติส่วนตัว ชื่อ (นาย/นางสาว).....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทร (มือถือ).....
กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 (5 ภาคเรียน) จำนวนหน่วยกิตตามกลุ่มสาระการเรียนรู้ กลุ่มวิชาภาษาไทย.....หน่วยกิต กลุ่มวิชาคณิตศาสตร์.....หน่วยกิต กลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์.....หน่วยกิต กลุ่มวิชาสังคมศึกษา.....หน่วยกิต กลุ่มวิชาภาษาต่างประเทศ.....หน่วยกิต ผลการเรียนเฉลี่ยกลุ่มสาระการเรียนรู้ (GPA กลุ่มสาระ) กลุ่มวิชาภาษาไทย กลุ่มวิชาคณิตศาสตร์ กลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์ กลุ่มวิชาสังคมศึกษา กลุ่มวิชาภาษาต่างประเทศ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบในภายหลัง พบว่า
ข้อมูลเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การพิจารณาคัดเลือก

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**เอกสารหลักฐานที่แนบใบสมัครยื่นขอรับทุนการศึกษา
โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุขในความร่วมมือระหว่าง
องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา และสมาคมเพื่อนชุมชน
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙**

ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี ระดับการศึกษา.....
มีความประสงค์ขอรับทุนการศึกษา คณะ.....หลักสูตร
สาขาวิชา.....มหาวิทยาลัยบูรพา จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

- ☐ ๑. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว หน้าตรง จำนวน ๒ ใบ และถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน (ติดในใบสมัคร และแบบฟอร์มขอรับทุนฯ)
- ☐ ๒. ข้อมูลในใบสมัครครบถ้วนพร้อมลงชื่อผู้สมัครยื่นขอรับทุนการศึกษา
- ☐ ๓. รูปถ่ายบ้าน ประกอบด้วย ภายใน ภายนอก และบริเวณรอบบ้าน พร้อมสมาชิกในครอบครัว (ติดในใบสมัคร)
- ☐ ๔. หนังสือแสดงความคิดเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา
- ☐ ๕. หนังสือแสดงความคิดเห็นของผู้นำท้องถิ่น/ท้องที่
- ☐ ๖. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ ของผู้นำท้องถิ่น/ท้องที่ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- ☐ ๗. หนังสือรับรองความประพฤติจากผู้บริหารสถานศึกษา/อาจารย์ที่ปรึกษา
- ☐ ๘. ใบรายงานผลการเรียนปัจจุบัน (ปพ. ๑) จำนวน ๕ ภาคเรียน ที่มีผลการเรียนสะสมอยู่ใน ฉบับเดียวกัน (จากฝ่ายทะเบียน)
- ☐ ๙. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ชุด
- ☐ ๑๐. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ปกครอง พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ชุด
- ☐ ๑๑. ใบรับรองแพทย์ ตามแบบฟอร์มที่มหาวิทยาลัยบูรพากำหนดในกรณีที่สมัครตามเอกสาร แนบท้าย จากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ไม่เกิน ๑ เดือน นับจากวันที่สมัคร
- ☐ ๑๒. Portfolio แสดงความสามารถพิเศษ รวมถึงกิจกรรมจิตอาสาต่างๆ และสำเนาเกียรติบัตรรางวัล หรือหนังสือชมเชยที่เคยได้รับ
- ☐ ๑๓. แบบคัดกรองสุขภาพจิต (คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ในวันที่ผู้สมัครยื่นใบสมัครขอรับทุนการศึกษา ณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ชั้น ๒ งานฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุ ฝ่ายบริการทางการแพทย์ กองสาธารณสุข)
- ☐ ๑๔. ให้ผู้สมัครขอรับทุนศึกษานำบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน (ฉบับจริง) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบในวันที่ยื่นสมัคร

ท่านทราบข้อมูลการรับสมัครขอรับทุนการศึกษาตามโครงการฯ ผ่านทางช่องทางใด

- ☐ ๑. เว็บไซต์ และ Facebook ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง
- ☐ ๒. เว็บไซต์ และ Facebook ของสมาคมเพื่อนชุมชน
- ☐ ๓. ป้ายประชาสัมพันธ์ ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง
- ☐ ๔. หนังสือแจ้งประชาสัมพันธ์ทุนการศึกษาที่แจ้งไปยังฝ่ายแนะแนวของโรงเรียนในจังหวัดระยอง
- ☐ ๕. ช่องทางอื่นๆ โปรดระบุ.....

แบบฟอร์ม...



แบบฟอร์มขอรับทุนการศึกษา
โครงการสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุขในความร่วมมือ
ระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง มหาวิทยาลัยบูรพา
และสมาคมเพื่อนชุมชน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙

ข้อความในแบบฟอร์มนี้ เป็นการแสดงความยินยอมของผู้ขอรับทุน ให้คณะกรรมการทุนรับทราบฯ เพื่อการพิจารณา
ทุนเท่านั้น งานฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุ ฝ่ายบริการทางการแพทย์ กองสาธารณสุข จะไม่นำข้อมูลเหล่านี้เผยแพร่
ให้บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องรับทราบ นอกจากได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูล

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

เรื่อง ยื่นเสนอขอรับทุนการศึกษา

ด้วยข้าพเจ้า ชื่อ.....นามสกุล.....
กำลังศึกษาระดับชั้น.....ปีที่.....เลขประจำตัวนักเรียน.....
โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....Email.....

๑. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์.....Email.....

๒. นับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐ อิสลาม ☐ คริสต์ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๓. บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อาชีพ.....ที่ทำงาน.....
เบอร์โทรศัพท์.....รายได้.....บาท/เดือน

๔. มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อาชีพ.....ที่ทำงาน.....
เบอร์โทรศัพท์.....รายได้.....บาท/เดือน

๕. บิดา มารดา ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่

๖. บิดามารดามีที่ดิน/อสังหาริมทรัพย์ ☐ เป็นของตนเอง จำนวน.....ไร่
☐ เช่าที่ดินบุคคลอื่น อัตราค่าเช่า.....บาท/เดือน
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๗. ที่อยู่อาศัยปัจจุบันของบิดามารดา ☐ เป็นของตนเอง
☐ บ้านเช่า อัตราค่าเช่า.....บาท/เดือน
☐ อาศัยอยู่กับผู้อื่น (ระบุ).....

๘. ผู้อุปการะ...

๘. ผู้อุปการะ (ถ้าเป็นบิดามารดาไม่ต้องกรอกข้อมูล)

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เกี่ยวข้องกับผู้สมัครเป็น..... ☐ มีครอบครัว มีบุตร.....คน ☐ โสด
อาชีพ.....ที่ทำงาน.....
เบอร์โทรศัพท์.....รายได้.....บาท/เดือน

๙. บิดามารดา หรือผู้ปกครอง มีทรัพย์สิน ดังนี้

☐ รถจักรยานยนต์	จำนวน.....คัน	☐ รถยนต์	จำนวน.....คัน
☐ โทรศัพท์	จำนวน.....เครื่อง	☐ เครื่องปรับอากาศ	จำนวน.....เครื่อง
☐ รถสำหรับทำการเกษตร	จำนวน.....คัน	☐ เครื่องซักผ้า	จำนวน.....เครื่อง
☐ คอมพิวเตอร์/โน้ตบุ๊ก	จำนวน.....เครื่อง	☐ โทรทัศน์	จำนวน.....เครื่อง
☐ ตู้เย็น	จำนวน.....เครื่อง	☐ อื่นๆ (ระบุ).....	

๑๐. ผู้สมัครเป็นบุตรคนที่.....จำนวนพี่น้องที่ยังมีชีวิตอยู่ (รวมตัวเองด้วย)..... คน
ชาย.....คน หญิง.....คน จำนวนพี่น้องที่กำลังศึกษาอยู่ (รวมตัวเองด้วย).....คนโปรด
ระบุเกี่ยวกับพี่น้องของท่าน รวมตัวท่านเองในตารางนี้

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ระดับการศึกษาที่สำเร็จ หรือกำลังศึกษาอยู่ใน ปัจจุบัน	อาชีพ/ รายได้	สถานภาพ โสด/สมรส	จำนวนบุตร (คน)
๑.					
๒.					
๓.					
๔.					

๑๑. รายรับ - รายจ่าย ของผู้สมัคร

รายรับ ก. รายได้จากบิดามารดา เดือนละ.....บาท/เดือน (ไม่รวมค่าเทอม)
ข. รายได้จากผู้อุปการะ เดือนละ.....บาท/เดือน
ค. กู้ยืมเงินเพื่อการศึกษา เดือนละ.....บาท/เดือน
ง. อื่นๆ (ระบุ) เดือนละ.....บาท/เดือน
(กรณีบิดา มารดา หรือผู้อุปการะเป็นบุคคลเดียวกันให้ตอบเพียงข้อ ก. หรือ ข. เพียงข้อเดียว)

รายจ่าย ก. ค่าอาหาร เดือนละ.....บาท/เดือน
ข. ค่าอุปกรณ์การเรียน เดือนละ.....บาท/เดือน
ค. ค่าพาหนะระหว่างที่พัก-โรงเรียน เดือนละ.....บาท/เดือน
ง. อื่นๆ เดือนละ.....บาท/เดือน

๑๒. ประมาณการค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่นักศึกษาคาดว่าจะพอเหมาะสำหรับตัวเอง เฉลี่ยเดือนละ.....บาท
(ไม่รวมค่าหน่วยกิตและค่าบำรุงการศึกษา)

๑๓. ประวัติ...

๑๓. ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	ปีการศึกษา	เกรดเฉลี่ย	อาจารย์ที่ปรึกษา	เบอร์โทรศัพท์
ประถมศึกษา				
มัธยมศึกษาตอนต้น				
มัธยมศึกษาตอนปลาย				
อื่นๆ				

๑๔. ประวัติการรับทุนการศึกษา

ชื่อทุนที่ได้รับ	ปีการศึกษา	จำนวนเงินทุน บาท/ปี	หมายเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ที่เขียนมาและให้คำสัมภาษณ์ทั้งหมดเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของผู้ปกครอง

- ☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้สมัคร สมัครขอรับทุนการศึกษาฯ
- ☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)
บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง

หมายเหตุ กรณีผู้สมัครได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษาฯ ผู้ปกครองในสัญญาทุนจะต้องเป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ปกครองที่ให้คำรับรองในใบสมัครนี้

ความคิดเห็น...

ความคิดเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา

นักเรียนคนนี้มีคาม

☐

เหมาะสมได้รับทุนอย่างยิ่ง

☐

เหมาะสมได้รับทุน

☐

ไม่เหมาะสมได้รับทุน

ทั้งนี้เพราะ.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ความคิดเห็นของผู้นำท้องถิ่น/ท้องถิ่น

นักเรียนคนนี้มีคาม

☐

เหมาะสมได้รับทุนอย่างยิ่ง

☐

เหมาะสมได้รับทุน

☐

ไม่เหมาะสมได้รับทุน

ทั้งนี้เพราะ.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้นำท้องถิ่น/ผู้นำท้องถิ่น

หมายเหตุ

ผู้นำท้องถิ่น

หมายถึง

นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล

ผู้นำท้องถิ่น

หมายถึง

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐

หลักฐานครบถ้วน

☐

หลักฐานไม่ครบถ้วน ขาด.....

ลงชื่อผู้รับเอกสาร.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

สำหรับเจ้าหน้าที่ (กรณียื่นเอกสารที่ขาดเพิ่มเติม)

☐

หลักฐานครบถ้วน

☐

หลักฐานไม่ครบถ้วน ขาด.....

ลงชื่อผู้รับเอกสาร.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ให้ผู้สมัคร...

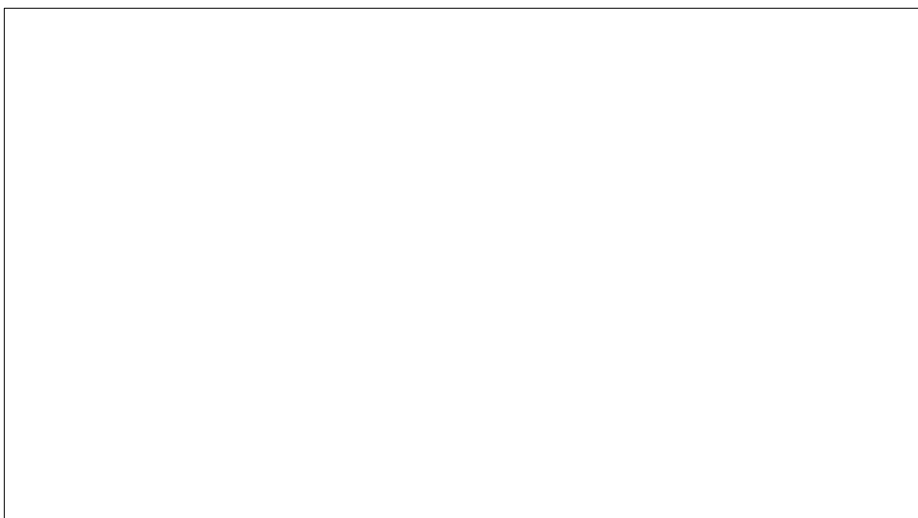
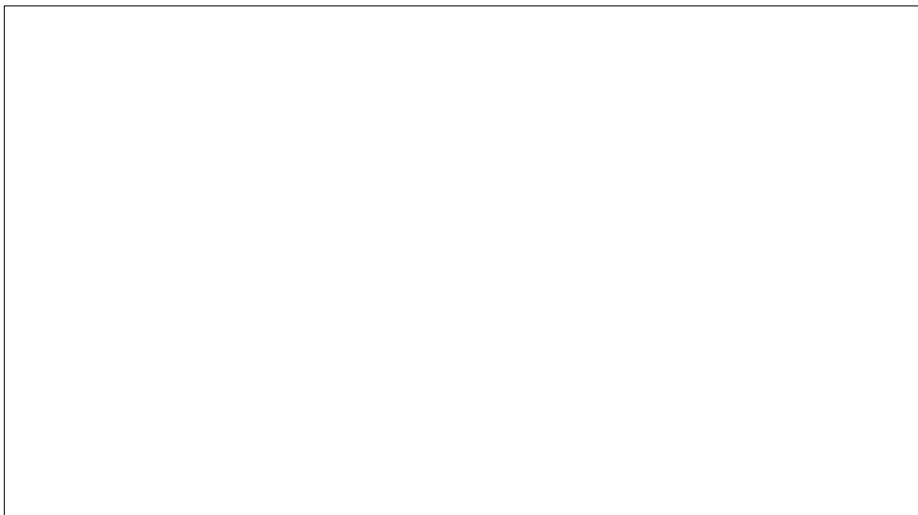
ให้ผู้สมัครอธิบายถึงกิจกรรมที่แสดงถึงการมีจิตอาสา/จิตสาธารณะที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมของผู้สมัครเอง

This image shows a full page of a document template. It consists of approximately 30 horizontal dotted lines spaced evenly down the page, providing a guide for handwriting or typing. The lines are light gray and extend across the entire width of the page. There is no text or other content on the page.

ภาพกิจกรรมที่แสดงถึงการมีจิตอาสา/จิตสาธารณะ

กิจกรรม.....

สถานที่ทำกิจกรรม.....



ให้ผู้สมัคร...

ให้ผู้สมัครวาดรูปถ่ายบ้านของตนเอง ประกอบด้วยภายใน ภายนอก และบริเวณรอบบ้าน พร้อมสมาชิกในครอบครัว

ภายในบ้าน	ภายนอกบ้าน
บริเวณบ้าน	สมาชิกในครอบครัว

ให้ผู้สมัคร...

ให้ผู้สมัครสร้าง QR Code แผนที่บ้านของตนเอง





หนังสือรับรองความประพฤติ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ขอรับรองว่า นาย/นางสาว.....เลขประจำตัวนักเรียน.....
กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น.....ปีที่.....แผนการเรียน.....
โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เป็นผู้มีคุณสมบัติตามที่ ✓ ดังนี้

- ☐ มีความประพฤติดี ตั้งใจศึกษาเล่าเรียน และไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด
- ☐ เป็นผู้ขาดแคลนทุนทรัพย์
- ☐ เป็นผู้ที่ไม่อยู่ระหว่างรับทุนการศึกษาต่อเนื่องใดๆ จากแหล่งทุนอื่นๆ (ยกเว้นทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา)

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง ผู้บริหาร/อาจารย์ที่ปรึกษา

รายงานการตรวจสอบสุขภาพ (TCAS รอบ 1)
โครงการความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยบูรพา องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง และสมาคมเพื่อนชุมชน
ประจำปีการศึกษา 2569
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ให้ผู้สมัคร คณะพยาบาลศาสตร์ ไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน โดยให้นำเอกสารนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อของแพทย์ผู้ตรวจโรคให้ผู้สมัครเป็นผู้กรอกข้อความในข้อ 1 ให้เรียบร้อยและถูกต้องทุกประการและส่งเอกสารนี้เพื่อประกอบการสมัครฯ

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ – สกุล ☐ นาย ☐ นางสาว..... (เขียนตัวบรรจง)

วัน เดือน ปีเกิด..... รหัสประจำตัวประชาชน

2. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่ออกให้ ณ วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาวเมื่อวันที่เดือน.....พ.ศ.....

โดยได้ตรวจร่างกายตามรายการโรค ดังต่อไปนี้

1. มีปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรง
2. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ที่จะมีผลต่อผู้รับบริการหรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร
3. โรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

(1) โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี

โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

(2) โรคหัวใจระดับรุนแรง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ

(3) โรคความดันเลือดสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร

(4) ภาวะไตวายเรื้อรัง

(5) ติดสารเสพติดให้โทษ

4. ตาบอดสีชนิดรุนแรงทั้งสองข้าง

5. ความผิดปกติในการเห็นภาพโดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(1) สายตาไม่ปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นตาแล้วยังมีสายตาดำกว่า 6/24 ทั้งสองข้าง

(2) สายตาข้างดี ต่ำกว่า 6/12 เมื่อได้รับการแก้ไขอย่างดีที่สุดแล้ว

(3) ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ

6. หูหนวกหรือหูตึง (threshold ของการได้ยินสูงกว่า 40 dB) จากความผิดปกติทางประสาทและการได้ยิน (sensorineural hearing loss) ถ้าได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น

7. โรคความผิดปกติหรือความพิการอื่น ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการติดต่อสื่อสารพบว่า (นาย/ นางสาว).....

☐ ไม่เป็นโรคดังกล่าวข้างต้น

☐ เป็นโรค.....

อยู่ในระยะ.....

☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

(ลงนาม)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอสงวนสิทธิ์ที่จะทำการตรวจร่างกายซ้ำ หากพบมีการตรวจร่างกายเป็นเท็จจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษา แม้ว่าได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษายังมหาวิทยาลัยบูรพาแล้วก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนิสิต

รายงานการตรวจสุขภาพ (TCAS รอบ 1)
โครงการความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยบูรพา องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง และสมาคมเพื่อนชุมชน
ประจำปีการศึกษา 2569
คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ให้ผู้สมัคร คณะสหเวชศาสตร์ ไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐบาลหรือเอกชน โดยให้นำเอกสารนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อของแพทย์ผู้ตรวจโรค ให้ผู้สมัครเป็นผู้กรอกข้อความในข้อ 1 ให้เรียบร้อยและถูกต้องทุกประการและส่งเอกสารนี้เพื่อประกอบการสมัครฯ

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ – สกุล ☐ นาย ☐ นางสาว..... (เขียนตัวบรรจง)

วัน เดือน ปีเกิด..... รหัสประจำตัวประชาชน

2. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่ออกให้ ณ วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาวเมื่อวันที่เดือน.....พ.ศ.....

โดยได้ตรวจร่างกายตามรายการโรค ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรง

2. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ที่จะมีผลต่อผู้อื่น หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร

3 โรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาดังนี้

(1) โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

(2) โรคหัวใจระดับรุนแรง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษ และการประกอบวิชาชีพ

(3) โรคความดันเลือดสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร

(4) ภาวะไตวายเรื้อรัง

(5) ติดสารเสพติดให้โทษ

4. ตาบอดสี

5. โรคความผิดปกติหรือความพิการอื่น ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษ และการติดต่อสื่อสาร

พบว่า (นาย/นางสาว).....

☐ ไม่เป็นโรคดังกล่าวข้างต้น

☐ เป็นโรค.....

อยู่ในระยะ.....

☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

(ลงนาม)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอสงวนสิทธิ์ที่จะทำการตรวจร่างกายซ้ำ หากพบมีการตรวจร่างกายเป็นเท็จจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษา แม้ได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษายังมหาวิทยาลัยบูรพาแล้วก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนิสิต