คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รายละเอียดและขั้นตอนสำหรับผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสัมภาษณ์
ในการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประจำปีการศึกษา 2570 รอบที่ 1 Portfolio (1/1)

คณะ : คณะพยาบาลศาสตร์

หลักสูตร : พยาบาลศาสตรบัณฑิต รอบที่ 1 Portfolio (1/1)

1. **ลักษณะของการสอบ** : สอบสัมภาษณ์ ณ คณะพยาบาลศาสตร์ ศาลายา
2. **ค่าธรรมเนียมการสอบ** : ชำระเงินค่าธรรมเนียมการสอบสัมภาษณ์ ***คนละ 250.- บาท (สองร้อยห้าสิบบาทถ้วน)***
   วิธีการชำระเงินค่าธรรมเนียม โดยนำเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ **ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช**
   เลขที่บัญชี 016-4-26827-3 ชื่อบัญชี "หน่วยทะเบียนและประเมินผลการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์
   มหาวิทยาลัยมหิดล" จำนวน 250.- บาท ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2569 เวลา 15.00 น.
   (ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการสอบสัมภาษณ์ในทุกกรณี)
3. **ขั้นตอนการดำเนินการของผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสัมภาษณ์**

วัน เดือน ปี	การดำเนินการของผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสัมภาษณ์
29-30 ตุลาคม 2569 **ภายในเวลา 15.00 น.**	1. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการสัมภาษณ์ 250 บาท 2. ตอบแบบสอบถามในโปรแกรม MU MyMind ที่ https://ns.mahidol.ac.th/dassNS/index.asp 3. Upload ไฟล์หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมใน Google Form *(ฉบับจริงปริ้นนำมาส่งในวันรายงานตัวสอบสัมภาษณ์ กรณีหลักฐานการโอนเงินชื่อไม่ตรงกับผู้สัมภาษณ์ กรุณาระบุชื่อผู้สัมภาษณ์ลงในหลักฐานการโอนเงินด้วย)* 3. กรอกแบบตอบรับแจ้งความประสงค์ในการเข้ารับการสัมภาษณ์ ผ่าน Google Form ที่ https://forms.gle/eyqBzbhHAxAzHQTHA 4. เข้ากลุ่ม Line Open Chat ตามลิงก์ด้านล่าง (code : nsmu) https://line.me/ti/g2/JmkP3m30JlYGHxuS9wFk-zO-bsCcY_ucE0iyOQ?utm_source=invitation&utm_medium=link_copy&utm_campaign=default *(หมายเหตุ : หากเกิดปัญหาเกี่ยวกับการอัพโหลดเอกสาร โปรดแจ้งปัญหามาที่งานบริการการศึกษา โทร 02-441-5333 ต่อ 2122-2125 หรือ 092-2626308 ในวันและเวลาราชการ)*
31 ตุลาคม 2569	วันและเวลาการรายงานตัว เพื่อดำเนินการต่างๆ ดังนี้ 07.30 – 08.00 น. ผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสัมภาษณ์ฯ ทุกคน เซ็นชื่อรายงานตัว ณ ห้อง 210 ชั้น 2 อาคารมหิดลอดุยเดช-พระศรีนครินทร คณะพยาบาลศาสตร์ ศาลายา *(โปรดเตรียมบัตรประชาชนตัวจริงมารายงานตัวด้วย)* 09.00 - 15.00 น. สอบสัมภาษณ์ตามห้องที่กำหนด

หมายเหตุ : เอกสารที่ต้องนำมาวันสัมภาษณ์

1. **แบบฟอร์มประวัติผู้สมัคร** (รายละเอียดดังเอกสารแนบท้าย)
2. **สำเนาเอกสารเพิ่มเติมของผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ฯ** ประกอบด้วย สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านของตนเอง, สำเนาใบแสดงผลการศึกษา ม.4-6 (ปพ.1) โดยผู้สมัครต้องเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อย
3. **ใบรับรองผลการตรวจร่างกาย ตามแบบฟอร์มที่คณะฯ กำหนด (ฉบับจริง)** กรณีที่มีผลการตรวจเพิ่มเติมให้แนบมาด้วย
4. **หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม 250 บาท** (Print ใส่กระดาษ A4 และเซ็นรับรองเอกสารให้เรียบร้อย)
5. **เล่ม Portfolio** (เย็บเล่มให้เรียบร้อย)
6. **เกียรติบัตรรางวัลฉบับจริง** (จัดใส่แฟ้มต่างหาก ไม่รวมกับเล่ม Portfolio)

4. สรุปขั้นตอนปฏิบัติ : ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ฯ ทุกคนต้องปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไปนี้

4.1 ชำระเงินค่าธรรมเนียมการสอบสัมภาษณ์ จำนวน 250.- บาท

4.2 ตอบแบบสอบถามในโปรแกรม MU MyMind

4.3 กรอกแบบตอบรับแจ้งความประสงค์ในการเข้ารับการสัมภาษณ์ ผ่าน Google Form

4.4 เข้ากลุ่ม Line Open Chat

4.5 ตรวจร่างกายที่สถานพยาบาลของรัฐ โดยใช้แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ตามที่คณะฯ กำหนด

4.6 มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการสัมภาษณ์ตามกำหนดวัน และเวลา ณ สถานที่ที่กำหนดไว้

4.7 ตรวจสอบลำดับที่สัมภาษณ์ ที่บอร์ดประชาสัมพันธ์บริเวณชั้น G โรงอาหาร หรือที่หน้าห้องรายงานตัว

4.8 เตรียมเอกสาร และ<u>นำมาส่งให้เจ้าหน้าที่ ณ ห้องรายงานตัวเพื่อเข้ารับการสัมภาษณ์ ในวันเสาร์ที่ 31 ตุลาคม 2569</u> ดังนี้

(1) แบบฟอร์มประวัติผู้สมัคร (ดาวน์โหลดและกรอกข้อมูลให้เรียบร้อย)

(2) สำเนาเอกสารเพิ่มเติมของผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ฯ ประกอบด้วย

- สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านของตนเอง
- สำเนาใบแสดงผลการศึกษา ม.4-6 (ปพ.1)

(โดยผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับ)

(3) ใบรับรองผลการตรวจร่างกาย ตามแบบฟอร์มที่คณะฯ กำหนด (ฉบับจริง)
กรณีที่มีผลการตรวจเพิ่มเติมให้แนบมาด้วย

(4) หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม 250.- บาท (Print ใส่กระดาษ A4 และเซ็นรับรองเอกสารให้เรียบร้อย)

(5) เล่ม Portfolio (เย็บเล่มให้เรียบร้อย)

(6) เกียรติบัตรรางวัลฉบับจริง (จัดใส่แฟ้มต่างหาก ไม่รวมกับเล่ม Portfolio)

**** ให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์จัดชุดเอกสาร ข้อ 4.8 เรียงลำดับตามข้อ (1) - (4) <u>พร้อมทั้งเย็บเอกสารทั้งหมดรวมเป็นชุดเดียวกัน</u> เพื่อป้องกันมิให้เอกสารสำเนานั้นสูญหายไปได้**

แบบฟอร์มประวัติผู้สมัคร

ลำดับที่..... (เฉพาะเจ้าหน้าที่)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้สมัคร หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2570 รอบที่ 1 Portfolio (1/1)

1. ชื่อ นาย/ นาง/ นางสาว .....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ศาสนา..... น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง.....ซม. โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....

2. ประวัติครอบครัว
- บิดา อายุ.....ปี ( ) มีชีวิต ( ) ถึงแก่กรรม อาชีพ/ ลักษณะงาน.....
- มารดา อายุ.....ปี ( ) มีชีวิต ( ) ถึงแก่กรรม อาชีพ/ ลักษณะงาน.....
- บิดา/ มารดา ( ) อยู่ร่วมกัน ( ) หย่า/ แยกกันอยู่ ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
- รายได้ครอบครัว ( ) ค่อนข้างดี/ มีเงินเหลือเก็บ ( ) พอเพียงกับการใช้จ่าย ( ) ค่อนข้างขาดแคลน/กู้ยืม

3. ประวัติส่วนตัว
- เป็นบุตรคนที่.....ในจำนวนทั้งหมด.....คน ยังอยู่ในความอุปการะของบิดา/ มารดา.....คน
- คุณลักษณะเด่นภาคภูมิใจตนเอง

.....

.....

.....

- คุณลักษณะที่ควรปรับปรุง

.....

.....

.....

- ความสามารถ / ความถนัด / ประสบการณ์ / กิจกรรมพิเศษ

.....

.....

.....

- การได้รับรางวัล / เกียรติบัตร

.....

.....

.....

4. ความคิดเห็นต่อวิชาชีพการพยาบาล

.....

.....

.....

5. เป้าหมายในอนาคต

.....

.....

.....

.....

แบบฟอร์มประวัติผู้สมัคร

6. ประวัติสุขภาพ (โปรดระบุทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต)

โรคประจำตัว ( ) ไม่มี ( ) มี โปรดระบุ.....

การรักษาปัจจุบัน ( ) ไม่มี ( ) มี โปรดระบุการรักษาและยาที่ได้รับ .....

ทั้งนี้ ผู้สมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ต้องมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงและปราศจากโรค อาการของโรค ไม่มีอาการของโรค หรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ วิชาชีพการพยาบาล ดังต่อไปนี้

(1) ไม่มีปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง และ/หรือผู้อื่น เช่น โรคจิต (Psychotic Disorders) กลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorders) โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorders) โดยเฉพาะ Antisocial Personality Disorders หรือ Borderline Personality Disorders รวมถึงปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

(2) ไม่เป็นโรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวรอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

(3) ไม่เป็นโรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ที่อาจเกิดอันตราย ต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

(4) ไม่มีความพิการทางร่างกายอันอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

(5) ไม่มีความผิดปกติด้านสุขภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

(5.1) ตาบอดสี โดยได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว

(5.2) ระดับการมองเห็นในตาข้างดี แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40

(5.3) มีความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง โดยมีระดับการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ 500 - 2,000 เฮิรตซ์ สูงกว่า 40 เดซิเบล และความสามารถในการแยกแยะคำพูด (Speech Discrimination Score) น้อยกว่าร้อยละ 70 จากความผิดปกติของประสาทและเซลล์ประสาทการได้ยิน (Sensorineural Hearing Loss)

(5.4) โรคหรือความพิการอื่น ๆ ซึ่งมิได้ระบุไว้ข้างต้น ที่คณะกรรมการแพทย์ผู้ตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ทั้งนี้คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์อาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค หรือผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกรณีตรวจเพิ่มเติมได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากพบภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อ (1) – (6) ข้อใดข้อหนึ่ง หรือให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ หรือจงใจปกปิดข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมถูกตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้และการเป็นนักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล แม้ว่าจะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยแล้วก็ตาม

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

ใบรับรองแพทย์

ผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ระบบ TCAS ปีการศึกษา 2570

<u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ – สกุลผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน..... วัน/เดือน/ปีเกิด .....

ที่อยู่ปัจจุบัน..... ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด .....

โทรศัพท์มือถือ ..... เป็นผู้สมัครในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระบบ TCAS ประจำปีการศึกษา 2570 รอบที่ 1 Portfolio (1/1) ข้าพเจ้าขอรับรองประวัติสุขภาพตนเอง ดังนี้

1. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
2. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (3 ปี ที่ผ่านมา) ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ.....
3. เคยรับการตรวจปัญหาทางจิตเวชหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ผลการตรวจ คือ.....

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ ...../...../.....

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลการตรวจร่างกายโดยแพทย์

โดยปรากฏผลการตรวจร่างกาย ดังต่อไปนี้

1. ตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร ความดันโลหิต .....มิลลิเมตรปรอท

☐ ร่างกายสมบูรณ์

☐ พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่.....

2. ผลการตรวจเลือด Complete Blood Count (CBC).....

3. ผล X-Ray ปอด ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

4. ผลการตรวจตาบอดสี ☐ ไม่เป็นตาบอดสี

☐ มีตาบอดสี โปรดระบุ .....ระดับเล็กน้อย .....ระดับปานกลาง .....ระดับรุนแรง

5. ผลการตรวจปัสสาวะ Urine Analysis (U/A) ☐ ปกติ ☐ พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่ .....

ผลการตรวจร่างกายโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....

แพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

โรงพยาบาล..... ที่ตั้ง.....

..... โทรศัพท์.....

ลงชื่อ .....แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

วันที่ตรวจ ...../...../.....

หมายเหตุ : 1. โปรด<u>ประทับตราสถานพยาบาล</u>บริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

2. ตรวจร่างกายจาก<u>สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น</u> โดยใบรับรองผลการตรวจต้องมีอายุไม่เกิน 30 วัน นับตั้งแต่วันตรวจถึงวันส่งผลการตรวจ

3. หากผลตรวจร่างกายพบความผิดปกติในเบื้องต้น ให้ตรวจเพิ่มเติมอย่างละเอียด และส่งหลักฐานการตรวจมาด้วย