



ประกาศคณะสัตวแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราช  
เรื่อง ผลการสอบคัดเลือกนักศึกษาโควตา  
หลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร ๖ ปี) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐

ตามที่คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราช ได้คัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาตรีหลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร ๖ ปี) ประเภทโควตาเรียนดี ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐ ในวันที่ ๑ - ๑๕ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๐ ไปแล้วนั้น

คณะสัตวแพทยศาสตร์ จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาตรี ในหลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร ๖ ปี) ดังรายชื่อที่แนบ โดยให้มีผู้มีรายชื่อผ่านการคัดเลือกทุกคนดำเนินการ ดังต่อไปนี้

๑. ตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มที่แนบ
๒. กรอกข้อมูลการรายงานตัวเป็นนักศึกษาได้ที่ <http://adms.rmutsv.ac.th/> ตั้งแต่วันที่ ๒๔ - ๒๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐
๓. ให้มารายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาด้วยตนเอง ในวันที่ ๒๕-๒๖ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๐ ระหว่างเวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ สำนักงานฝ่ายวิชาการและวิจัย ชั้น ๒ อาคารโรงพยาบาล สัตว์เล็กคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราช เลขที่ ๑๓๓ หมู่ที่ ๕ ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยให้นำเอกสารที่ใช้ในวันรายงานตัวเพื่อขึ้นทะเบียนเป็น นักศึกษามาให้ครบถ้วน ดังเอกสารแนบใน หน้าที่ ๒ โดยหากพ้นวันเวลาดังกล่าวทางคณะสัตวแพทยศาสตร์ ถือว่าท่านสละสิทธิ์

หมายเหตุ : ผู้ที่มีรายงานตัวเป็นนักศึกษาคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย จะส่งรายชื่อไปตัดสิทธิ์ admission

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ น.สพ.ธีระวิทย์ จันทร์ทิพย์)  
คณบดีคณะสัตวแพทยศาสตร์

เอกสารที่ต้องนำมาในวันรายงานตัวและขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาสำหรับนักศึกษา  
คณะสัตวแพทยศาสตร์

๑. สำเนาใบแสดงผลการเรียนรู้ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ๖ เทอม (ม.๔-๕ และ ม.๖ )  
จำนวน ๓ ชุด พร้อมรับรองสำเนาให้ถูกต้อง
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๓ ชุด พร้อมรับรองสำเนาให้ถูกต้อง
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๓ ชุด พร้อมรับรองสำเนาให้ถูกต้อง
๔. รูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน ๔ รูป (ชุดนักเรียน และถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน )
๕. เอกสารอื่นๆ ถ้ามี เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล เป็นต้น
๖. รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย (แบบฟอร์มของคณะฯ โหลดแบบฟอร์มจาก  
[www.vet.rmutsv.ac.th](http://www.vet.rmutsv.ac.th)) โดยผ่านการตรวจจากโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลที่คณะฯ  
กำหนด
๗. ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมการศึกษาแบบเหมาจ่าย ๒๖,๐๐๐ บาท

หมายเหตุ ผู้ที่สอบผ่านการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษาหลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต  
จะเป็นนักศึกษาสมบูรณ์เมื่อผ่านการพิจารณาผลการตรวจโรคจากทางมหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา  
หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร ๖ ปี)  
ประเภทโควตา

ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

ลำดับ	ชื่อ	นามสกุล
๑.	นายจิรพัฒน์	กออินทร์
๒.	นางสาวชฎาพร	พราหมณ์ทอง
๓.	นางสาวทอฝัน	ไชโย
๔.	นางสาวทัศนวรรณ	สุทธิบูรณ์
๕.	นางสาวธัญญารัตน์	ตั้งขุนทด
๖.	นางสาวปรัชญาณี	คงยั้ง
๗.	นายพงศกร	ขุนพรหม
๘.	นายพัชรพล	ศรีอินทร์
๙.	นางสาวพัชรภรณ์	แช่เล่า
๑๐.	นางสาวเพชร	อยู่คง
๑๑.	นายภูวติษฐ์	ยาชะรัด
๑๒.	นายวายุ	บุปผามาศ
๑๓.	นางสาววีร์ชญญา	สอาดเอี่ยม
๑๔.	นางสาวศุภนิตย์	สวิล
๑๕.	นางสาวสุदारัตน์	ไชยชาติ
๑๖.	นางสาวอติษฐ	โกฏเพชร
๑๗.	นางสาวอรชร	สังข์พันธ์

การปฏิบัติ: ให้ผู้ที่มีรายชื่อดังข้างต้นปฏิบัติดังนี้

๑. รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกประเภทโควตาเรียงตามลำดับตัวอักษร (จำนวน ๑๗ คน) ให้รายงานตัว และขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา ในวันที่ ๒๕ - ๒๖ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๐ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. หากไม่มารายงานตัวในวันและเวลาดังกล่าวถือว่าสละสิทธิ์

รายงานการตรวจสอบสุขภาพร่างกาย

ในการดำเนินการรับบุคคลเข้าศึกษาใน คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย  
โดยระบบโควตา  
ประจำปีการศึกษา 2560

ชื่อ - สกุล ○ นาย ○ นางสาว.....  
โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
วัน - เดือน - ปีเกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
สมัครคัดเลือกฯ ได้คณะ.....สัตวแพทยศาสตร์.....  
ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

มี ไม่มี อธิบายรายละเอียด

- หอบหืด (Asthma).....
- ความดันโลหิตสูง (Hypertension).....
- ไอเป็นเลือด (Hemoptysis).....
- วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis).....
- ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice).....
- โรคลมชัก (Epilepsy).....
- โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus).....
- หูน้ำหนวก (Otorrhea).....
- ไส้เลื่อน (Hernia).....
- กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture / Accident).....
- ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation).....
- อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

.....  
(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ความดันโลหิต.....mm.Hg ซีฟจร.....ครั้ง / นาที

2. เอกซเรย์ร่างกาย (เลขของ Chest X-ray.....)

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

3. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่ .....ออกให้ ณ วันที่ .....เดือน .....พ.ศ.....ได้ทำการตรวจ

ร่างกาย นาย / นางสาว .....เมื่อวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว เห็นว่า เป็นผู้  
มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดง  
ของโรคดังต่อไปนี้

- โรคเรื้อน
- วัณโรคในระยะอันตราย
- โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- โรคจิตต่างๆ
- โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง
- ตาบอดสี
- หูหนวก

4. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก.....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

**หมายเหตุ**

1. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ หรือ  
โรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง ให้แล้วเสร็จก่อนวันสอบ ตามวันที่กำหนดไว้ในแนบท้ายประกาศผลการ  
สอบฯ เท่านั้น
3. ให้นำใบรายงานผลการตรวจสุขภาพ (ที่ประทับตราโรงพยาบาลแล้ว ) มายื่นในวันรายงานตัวเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา

แบบฟอร์มสำหรับตรวจโรคผู้สอบผ่านสัมภาษณ์โควตา  
เพื่อเข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย ประจำปีการศึกษา 2560  
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

วันที่.....เดือน.....ปี..... พ.ศ..... เวลา..... น.

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

ที่อยู่ติดต่อได้.....

โทร.....

คณะ..... สาขาวิชา..... รหัส.....

น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร

ความดันโลหิต..... มิลลิเมตรปรอท ชีพจร..... ครั้ง / นาที

1. การตรวจโรค

- |                |                               |                                  |
|----------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 1.1 หู คอ จมูก | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.2 ตา         | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.3 หัวใจ      | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.4 ปอด        | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.5 ช่องท้อง   | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.6 อื่นๆ      | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |

ลงชื่อ.....  
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

2. ผลเอ็กซเรย์  ปกติ  ผิดปกติ

ลงชื่อ.....  
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC)  ปกติ  ผิดปกติ

ลงชื่อ.....  
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

4. ผลการตรวจตาบอดสี  ปกติ  ผิดปกติ

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

5. ผลการตรวจวัดสายตา  ปกติ  ผิดปกติ

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ