

สำหรับติด

รูปถ่ายขนาด

1 นิ้ว

รายงานการตรวจตาบอดสี

การดำเนินการคัดเลือนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ/เอกชน หรือคลินิก)

ชื่อ-สกุล เพศ () ชาย () หญิง

วัน เดือน ปีเกิด

โรงพยาบาลที่ตรวจ จังหวัด

H.N. วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

ความเห็นของจักษุแพทย์ (เกี่ยวกับตาบอดสีของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

- () ไม่เป็นตาบอดสี
- () มีตาบอดสี ระบุ.....ระดับเล็กน้อย.....ระดับปานกลาง.....ระดับรุนแรง
- อื่น ๆ ระบุ.....

Physician Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ - ใบรายงานผลการตรวจตาบอดสี ที่สมบูรณ์ต้องมีตราของโรงพยาบาลของรัฐ/เอกชน หรือคลินิก

ประทับคร่อมรูปถ่ายและต้องมีลายเซ็นของจักษุแพทย์ผู้ตรวจกำกับ