

สำหรับติด

รูปถ่าย

ขนาด 1 นิ้ว

รายงานการตรวจตาบอดสี

ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียนเพื่อเข้าศึกษา

หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิก),

หลักสูตรศึกษาศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

ชื่อ - สกุลเพศ () ชาย () หญิง

วัน เดือน ปีเกิด

โรงพยาบาลที่ตรวจจังหวัด.....

H.N.วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

ความเห็นของจักษุแพทย์ (เกี่ยวกับตาบอดสีของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

- () ไม่เป็นตาบอดสี
- () มีตาบอดสี ระบุระดับเล็กน้อยระดับปานกลางระดับรุนแรง
- อื่น ๆ ระบุ

Physician Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

- หมายเหตุ
1. ใบรายงานผลการตรวจตาบอดสี ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นของจักษุแพทย์ผู้ตรวจกำกับ

2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอรับการตรวจตาบอดสีกับโรงพยาบาลประจำจังหวัด/หรือ โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง