



เอกสารสำแดงสุขภาพ

เพื่อใช้ประกอบการพิจารณา ในการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประจำปีการศึกษา 2563

รอบที่ 4 Admission 2

ตามที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ทั้งในประเทศและทั่วโลก และเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงในสถานการณ์ดังกล่าว และสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย ขอให้มีการปรับระบบการทำงานของ TCAS 63 เพื่อรองรับปัญหาการแพร่ระบาดของ COVID-19 นั้น

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จึงขอยกเลิกการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายในรูปแบบเดิม แต่ยังคงมีความจำเป็นที่ต้องใช้ผลการตรวจสุขภาพ เพื่อประเมินว่าผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และปราศจากโรค อากาศของโรค หรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพ โดยให้ผู้มีสิทธิ์เข้ารับการพิจารณา ระบุข้อมูลลงในเอกสารสำแดง ตามนี้

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว)..... อายุปี

โรงเรียน จังหวัด

เลขประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ โทรสาร

เป็นผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายในการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประจำปีการศึกษา 2563 (รอบที่ 4 Admission 2) เลขรหัสผู้สมัคร ขอทำหนังสือ ให้ไว้กับสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ดังข้อความต่อไปนี้



ข้าพเจ้า รับทราบการเป็นผู้ผ่านการคัดเลือกมีสิทธิ์เข้ารับการพิจารณา ตามหลักสูตรข้างต้น ขอยืนยันว่าจะใช้สิทธิ์ดังกล่าว ทั้งนี้ จะปฏิบัติตามเงื่อนไขและให้ข้อมูลที่เป็นจริงหากได้ทำการตรวจสอบภายหลังแล้ว พบว่าข้าพเจ้าให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ จงใจปกปิดข้อมูล หรือการปลอมแปลงเอกสาร ข้าพเจ้าจะหมดสิทธิ์นั้นทันที

ข้าพเจ้า เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะเป็นอุปสรรคต่อ การศึกษาและการประกอบวิชาชีพแพทย์ กรณีสถาบันมีข้อสงสัยหรือพบความผิดปกติด้านสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอม ให้สถาบันสามารถกระทำการตรวจซ้ำได้ภายหลัง

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการพิจารณา
(.....)
วันที่ เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า เป็นผู้ปกครองของ นาย/นางสาว
มีความสัมพันธ์โดยเป็น ได้รับทราบข้อความข้างต้น และ ยินยอมให้มีการลงนามตามเอกสารนี้ทุกประการ
ลงชื่อบิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง
(.....)
วันที่ เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563

หมายเหตุ ให้บิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองของผู้สมัครฯ ที่ลงลายมือชื่อ แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

หากไม่ส่งจะถือว่าสละสิทธิ์การเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี