



## ประกาศมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2569  
รอบ 3 Admission

ตามที่ที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (ทปอ.) กำหนดให้ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาประจำปีการศึกษา 2569 รอบ 3 Admission ดำเนินการยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาในระบบ TCAS ระหว่างวันที่ 20 – 21 พฤษภาคม 2569 นั้น บัดนี้การดำเนินการดังกล่าวได้เสร็จสิ้นแล้ว มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีจึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาที่ยืนยันสิทธิ์เคลียร์ริงเฮาส์ในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประจำปีการศึกษา 2569 รอบ 3 Admission ตามรายชื่อแนบท้ายประกาศนี้

มหาวิทยาลัยกำหนดให้ผู้ที่มีรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ที่ยืนยันสิทธิ์เคลียร์ริงเฮาส์ดังกล่าว ดำเนินการดังนี้

1. วันที่ 29 – 31 พฤษภาคม 2569 ภายในเวลา 16.00 น. ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา Download แบบฟอร์มรายงานการตรวจสุขภาพที่ <https://sutgateway.sut.ac.th> รายละเอียดแนบท้าย 3 และให้ส่งผลรายงานการตรวจสุขภาพตามแบบฟอร์มเอกสารหมายเลข 1 – 4 ที่แพทย์ลงนามรับรอง พร้อมทั้งแนบเอกสารตัวจริงจากโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล โดยสแกนเอกสารทั้งหมดรวมกันเป็น PDF File เพียงไฟล์เดียว และตั้งชื่อไฟล์เป็น 01-ลำดับที่ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์-ชื่อผู้สมัคร ส่งกลับมายังสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ทาง E-mail : [surada@g.sut.ac.th](mailto:surada@g.sut.ac.th) เท่านั้น โดยผู้ที่ผลการตรวจสุขภาพ “ไม่ผ่าน” มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีจะแจ้งให้ทราบเป็นรายบุคคล

2. วันที่ 29 – 31 พฤษภาคม 2569 ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา Download แบบฟอร์มแบบรายงานข้อมูลทั่วไปของผู้รับการสัมภาษณ์ที่ <https://sutgateway.sut.ac.th> รายละเอียดแนบท้าย 4 และให้แบบรายงานข้อมูลทั่วไปของผู้รับการสัมภาษณ์ โดยสแกนเอกสารทั้งหมดรวมกันเป็น PDF File เพียงไฟล์เดียว และตั้งชื่อไฟล์เป็น 02-ลำดับที่ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์-ชื่อผู้สมัคร ส่งกลับมายังสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ทาง E-mail : [surada@g.sut.ac.th](mailto:surada@g.sut.ac.th) เท่านั้น

3. วันที่ 31 พฤษภาคม 2569 เวลา 17.00 น. ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าทดสอบระบบและรับฟังการชี้แจงขั้นตอนการสอบสัมภาษณ์ผ่านโปรแกรม ZOOM Cloud Meeting โดยจะส่ง ZOOM ID ให้ในกลุ่ม Line ตาม QR Code ที่แนบมาในเอกสารรายละเอียดแนบท้าย 2

4. วันที่ 1 มิถุนายน 2569 เวลา 08.00 น. ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกรายงานตัวเข้ารับการสอบสัมภาษณ์ผ่านโปรแกรม ZOOM Cloud Meetings

ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยจะโอนเงินค่ายืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาไปเป็นค่าบำรุงมหาวิทยาลัย เมื่อนักศึกษาลงทะเบียนเรียนเรียบร้อยแล้ว

ประกาศ ณ วันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2569

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพร รักสกุลพิวัฒน์)


รักษาการแทนรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพ  
ปฏิบัติการแทนอธิการบดี



รายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระดับปริญญาตรี  
ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2569  
รอบ 3 Admission

ลำดับที่	เลขประจำตัวผู้สมัคร	ชื่อ - สกุล
1	69041719	นางสาวกนกวรรณ ไสรัตน์
2	69041720	นางสาวกุลธิดา ญาณลักษณ์
3	69041721	นางสาวพิมพ์บุญ ปัดชา
4	69041722	นางสาวจรรยาพร สงวนรัตน์
5	69041723	นายจิรายุส จำปาทอง
6	69041724	นายพีรฤติ พันธุ์มหา
7	69041725	นายโอฬาร ไชยสวัสดิ์
8	69041726	นางสาวมัสนิน การพันธ์
9	69041727	นางสาวสุภัทสรุ สวรรณเขต
10	69041728	นายพีระภัทร คำสิงห์สัย
11	69041729	นางสาวธนพร ประมวล
12	69041730	นางสาวเปมิกา ศรีม่วง
13	69041731	นางสาวปนัดดา จันทรมบัติ
14	69041732	นางสาวกฤษมา ตั้งเจริญ
15	69041733	นางสาวพิชญาภา ประทุมชัย
16	69041734	นายเป็นเอก การุญ
17	69041735	นางสาวนภัส ปัญจะ
18	69041736	นางสาวดวงกมล สูงพล
19	69041737	นางสาวศิริภัทสร ชอบพรมราช
20	69041738	นางสาวจุฬีรัตน์ โกฏสันเทียะ

ลำดับที่	เลขประจำตัวผู้สมัคร	ชื่อ - สกุล
21	69041739	นางสาวกมลชนก บุญหลง
22	69041740	นายรัฐภูมิ วิจิตรเชื้อ
23	69041741	นางสาวภัทรธิดา พิณนุสร
24	69041742	นางสาวจันทป์ปภา ทาเงิน
25	69041743	นางสาวภัชรพร ธนวารกุล
26	69041744	นางสาวสุพิชฌาย์ บาทขุนทด
27	69041745	นางสาวณททัย รังสฤษฏ์วีระโชติ
28	69041746	นางสาวปรีชญาณัญช์ ฝาสันเทียะ
29	69041747	นางสาวณัฐธนิชา หนูดำ
30	69041748	นางสาวอรปวีณา ทิพอุตร์
31	69041749	นางสาวฐิติชญา ใจสนธิ
32	69041750	นางสาวธนัชพร ลูกชัยภูมิ
33	69041751	นางสาวโชติรส ธงพานิช
34	69041752	นางสาวพัชรพร ไบโพธิ์
35	69041753	นางสาวปุสสวิทย์ สัมครสมาน
36	69041754	นางสาวณัฐนิชาภักดิ์ จันทภาค
37	69041755	นางสาวอภิชญา เกษไชย
38	69041756	นางสาวรุ่งทิวา ลือพงศ์พัฒนะ
39	69041757	นางสาวกัญญาพัชร โหม่งสูงเนิน
40	69041758	นางสาววรรณิดา รัตนเสนศรี
41	69041759	นางสาวสุกัญญา สิมมาทอง
42	69041760	นางสาวแพรวา ทองหล่อ
43	69041761	นางสาวภัทรานิษฐ์ มั่นสามุข
44	69041762	นางสาวอรปรียา อดทน



ตารางกิจกรรมสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระดับปริญญาตรี  
ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2569

รอบ 3 Admission

วันที่ 31 พฤษภาคม 2569 – 1 มิถุนายน 2569

ผ่านโปรแกรม ZOOM Cloud Meetings

วันอาทิตย์ที่ 3 พฤษภาคม 2569

เวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ
17.00 - 18.00 น.	- รายงานตัวพร้อมแสดงบัตรประจำตัว ประชาชนเพื่อทดสอบระบบ Zoom Video Conference - รับฟังการชี้แจงขั้นตอนการสอบสัมภาษณ์	- รับ Zoom Meeting ID และ Password ใน Line Group - User zoom ให้ตั้งเป็น เลขที่สมัคร-ชื่อ และให้ตั้งรูปประจำตัวเป็นรูปถ่ายผู้สมัครที่ เห็นหน้าชัดเจน

วันจันทร์ที่ 1 มิถุนายน 2569

เวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ
08.00 – 08.20 น.	ผู้เข้ารับการสอบสัมภาษณ์รายงานตัวพร้อม แสดงบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อเข้ารับการ สอบสัมภาษณ์	- แต่งกายชุดนักเรียน - รับ Zoom Meeting ID และ Password ใน Line Group - User zoom ให้ตั้งเป็น เลขที่สมัคร-ชื่อ และให้ตั้งรูปประจำตัวเป็นรูปถ่ายผู้สมัครที่ เห็นหน้าชัดเจน
08.20 – 08.30 น.	ผู้เข้ารับการสอบสัมภาษณ์รับฟังการชี้แจง ขั้นตอนการสอบสัมภาษณ์	ระบบ Zoom Video Conference ห้องรายงานตัว
08.30 – 09.00 น.	ผู้เข้ารับการสอบสัมภาษณ์พบคนบดี	
09.00 – 09.10 น.	ผู้เข้ารับการสอบสัมภาษณ์เตรียมเข้าระบบเพื่อ สอบสัมภาษณ์	เข้าห้องสอบสัมภาษณ์ตามลำดับ
09.15 – 12.00 น.	สอบสัมภาษณ์	โปรแกรม ZOOM Cloud Meetings ห้องสอบสัมภาษณ์

QR Code สำหรับกลุ่ม Line เพื่อเป็นช่องทางสื่อสารกับผู้ผ่านการคัดเลือกกับสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์



หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ โทรศัพท์ : 044-223507, 044-223519



**รายงานการตรวจสุขภาพ**  
**ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี**  
**ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์**  
**ประจำปีการศึกษา 2569 รอบ 3 Admission**

รายละเอียดแนบท้าย 2

FM: IN2-05-04

เอกสารหมายเลข 1 (ตรวจร่างกาย)

ชื่อ - สกุล..... อายุ .....ปี เลขประจำตัวผู้สมัคร..... ลำดับที่.....  
 สถานที่ตรวจ ..... จังหวัด.....

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ติดสารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ อื่น ๆ<br><input type="checkbox"/> โรคเท้าช้าง<br><input type="checkbox"/> โรคลมชัก<br><input type="checkbox"/> วัณโรค<br><input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง<br><input type="checkbox"/> โรคตีชาน, ตับอักเสบ<br><input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ | <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> โรคเรื้อน<br><input type="checkbox"/> โรคหัวใจ<br><input type="checkbox"/> โรคระบบทางเดินหายใจ (ถุงลมโป่งพอง, หอบหืด)<br><input type="checkbox"/> โรคไต<br><input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน<br><input type="checkbox"/> เคยได้รับการผ่าตัด โปตรระบุ |
|---|--|
- อื่น ๆ โปตรระบุ.....
- ประวัติการรักษา โปตรระบุ.....

**1. การตรวจร่างกาย (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)**

น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. BMI .....kg/m<sup>2</sup>  
 อุณหภูมิ.....°C ชีพจร ..... ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ...../.....ม.ม.ปรอท  
 กรณณาทำเครื่องหมาย / หลังข้อความ ถ้าผิดปกติกรณณาอธิบาย

ลำดับ	การตรวจร่างกาย	ปกติ	ผิดปกติ	อธิบาย
1	General appearance			
2	ENT.			
3	Heart			
4	Lungs			
5	Abdomen			
6	Neurological			
7	Extremities			

**คุณสมบัติทั่วไปด้านสุขภาพกาย มีดังนี้**

- 1) ไม่มีความพิการทางกายอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การประกอบวิชาชีพ ไม่มีโรคติดต่อในระยะอันตราย หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวรอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบวิชาชีพ อาทิ โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง และโรควัณโรคปอด เป็นต้น
- 2) ไม่มีโรคติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ เช่น โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ โรคหัวใจระดับรุนแรง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ โรคความดันเลือดสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคติดเชื้อเรื้อรังให้โทษ เป็นต้น
- 3) ไม่มีภาวะตาบอดสีทุกระดับ
- 4) ไม่มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ สายตาไม่ปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาดำกว่า 6/24 ทั้งสองข้าง สายตาดำกว่า 6/12 เมื่อได้รับการแก้ไขอย่างดีที่สุดแล้ว ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ
- 5) ไม่มีภาวะหูหนวกหรือหูตึง (Threshold ของการได้ยินสูงกว่า 40 dB) จากความผิดปกติทางประสาทและการได้ยิน (Sensory-neural hearing loss) ถ้าได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น
- 6) ไม่มีโรคหรือความพิการอื่น ๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ ที่คณะกรรมการคัดเลือกเห็นว่า เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี อาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคตรวจเพิ่มเติมได้
- 7) มีส่วนสูงไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร

แพทย์ผู้ตรวจ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
 (.....) วันที่ตรวจ .....

(ประทับตราโรงพยาบาล)





รายงานการตรวจสอบสุขภาพ  
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2569 รอบ 3 Admission

FM: IN2-05-06  
เอกสารหมายเลข 3 (ตรวจตา)

ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวผู้สมัคร..... ลำดับที่.....  
สถานที่ตรวจ ..... จังหวัด.....

4. การตรวจความผิดปกติในการเห็นภาพ

4.1) การตรวจตาบอดสี  ปกติ  ไม่ปกติ ระบุ.....

4.2) การมองเห็น (VA)

ผลตรวจ ตาขวา  ปกติ (ระบุค่าสายตา) .....  ไม่ปกติ (ระบุค่าสายตา) .....  
การแก้ไข.....  
ค่าสายตาหลังการแก้ไข.....

ผลตรวจ ตาซ้าย  ปกติ (ระบุค่าสายตา) .....  ไม่ปกติ (ระบุค่าสายตา) .....  
การแก้ไข.....  
ค่าสายตาหลังการแก้ไข.....

จักษุแพทย์ ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
(.....) วันที่ตรวจ .....  
(ประทับตราโรงพยาบาล)

- หมายเหตุ:
1. ตรวจโดยจักษุแพทย์เท่านั้น
  2. ความผิดปกติในการมองเห็นภาพ มีดังนี้
    - 1) ตาบอดสี
    - 2) สายตาไม่ปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาต่ำกว่า 6/24 หรือ 20/70 ทั้งสองข้าง
    - 3) สายตาข้างดีต่ำกว่า 6/12 หรือ 20/40 เมื่อได้รับการแก้ไขอย่างดีที่สุดแล้ว
    - 4) ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ

กรุณาแนบในรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย ดังนี้

1. วัดค่าสายตา (Visual Acuity Test)
2. ผลการตรวจตาบอดสี (Color Blindness Test) (ถ้ามี)



รายงานการตรวจสอบสุขภาพ  
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2569 รอบ 3 Admission

FM: IN2-05-07  
เอกสารหมายเลข 4 (ตรวจหู)

ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวผู้สมัคร..... ลำดับที่.....  
สถานที่ตรวจ ..... จังหวัด.....

### 5. ตรวจการได้ยิน (Audiometry )

ผลการตรวจระดับการได้ยิน หูขวา = ..... dB

หูซ้าย = ..... dB

การแปลผล  ปกติ  ไม่ปกติ ระบุ.....

โสต ศอ นาสิก แพทย์ ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
(.....) วันที่ตรวจ .....  
(ประทับตราโรงพยาบาล)

- หมายเหตุ:
1. ตรวจโดยโสต ศอ นาสิก แพทย์เท่านั้น
  2. ความผิดปกติในการได้ยิน ได้แก่ หูหนวกหรือหูตึง (Threshold ของการได้ยินสูงกว่า 40 dB) จากความผิดปกติทางระบบประสาท และการได้ยิน (Sensory-neural hearing loss) ถ้าได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น

กรุณาแนบในรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการได้ยิน (Audiometry) มาด้วย



## แบบรายงานข้อมูลทั่วไปของผู้รับการสัมภาษณ์

## ส่วนที่ 2 สำหรับผู้รับการสัมภาษณ์กรอก (ต่อ)

11. ความคาดหวังหรือเป้าหมายในชีวิต.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....ผู้รับการสัมภาษณ์

(.....)

...../...../.....