



ประกาศรายละเอียดการสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระบบรับตรง (Direct Admissions)
ของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.)
ประจำปีการศึกษา 2559

ให้ผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสัมภาษณ์ เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากระบบรับตรง (Direct Admissions) ของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) ประจำปีการศึกษา 2559 ทราบข้อมูลวัน เวลา สถานที่ และเอกสารที่ต้องจัดเตรียมประกอบการสอบสัมภาษณ์ ดังนี้

วันที่สอบสัมภาษณ์ : ในวันศุกร์ที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2558

เวลาสอบสัมภาษณ์ : 09.00-12.00 นาฬิกา

สถานที่สอบสัมภาษณ์ : ห้องประชุม 4 ชั้น 5 อาคารพิเชษฐ เหลืองทองคำ

เอกสารที่ต้องนำไปแสดงในวันสอบสัมภาษณ์ :

- | | |
|---|--------------|
| 1. สำเนาใบรายงานผลการเรียน | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. สำเนาใบรายงานผลการเรียน | จำนวน 1 ฉบับ |
| 5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบิดา หรือมารดา | จำนวน 1 ฉบับ |
| 6. ภาพถ่าย ขนาด 1 นิ้ว | จำนวน 2 รูป |
| 7. เอกสารรับรองแพทย์จากการตรวจร่างกาย มีรายละเอียดดังนี้ | |
| 7.1 ตรวจเอกซเรย์ฟิล์มใหญ่ | |
| 7.2 ตรวจความเข้มข้นของเลือด | |
| 7.3 ตรวจปัสสาวะ | |
| 7.4 ตรวจสายตาและบอดสี (กรณีที่มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างใดอย่างหนึ่งคือ สายตาบอดสนิท ไม่สามารถรับแสงได้ข้างหนึ่ง สายตาไม่ปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาต่ำกว่า 6/24 ทั้งสองข้าง สายตาข้างดีต่ำกว่า 6/12 เมื่อได้รับการแก้ไขแล้ว) | |
| 7.5 ตรวจการได้ยิน : กรณีมีภาวะหูหนวกหรือหูตึง (threshold ของการได้ยินสูงกว่า 40 dB) จะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนและการประกอบอาชีพ | |

คณะสัตวแพทยศาสตร์

11 มีนาคม 2559



แบบฟอร์มสำหรับตรวจโรค สำหรับบุคคลที่จะเข้าศึกษา ระบบรับตรง (Direct Admissions)
ของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.)
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประจำปีการศึกษา 2559

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวล.....น.
ชื่อ นาย นาง นางสาว.....อายุ.....ปี
ที่อยู่ติดต่อได้.....
โทรศัพท์.....e-mail :.....
เลขที่นั่งสอบ
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.....
(.....)

กรรมการแพทย์ผู้ตรวจ

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 2. ผลเอกซเรย์ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 4. ผลการตรวจตาบอดสี | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 5. ผลการตรวจวัดสายตา | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 6. ผลการตรวจสายตาและอ่านภาพ 3 มิติ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |

หมายเหตุ : ขอให้โรงพยาบาลที่ทำการตรวจร่างกายส่งเอกสารนี้ให้คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น ตามที่อยู่ต่อไปนี้

สำนักงานคณบดี คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 หรือ โทรสาร 0 4334 2693, 0 4320 2404 หรือ
e-mail: laksar@kku.ac.th