



คุณสมบัติของผู้สมัครเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ปีการศึกษา 2570 มหาวิทยาลัยราชธานี

คุณสมบัติของผู้เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีดังนี้

1. สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย (ทุกแผนการเรียน)
2. มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่มีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการปฏิบัติวิชาชีพ และ
3. มีส่วนสูงไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร และมีค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร และ
4. มีความประพฤติดีและไม่เคยต้องคดีอาญา

รอบรับสมัคร	เกณฑ์การพิจารณา
รอบ Portfolio	แต่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสะสม 5 ภาคเรียน (ตั้งแต่ภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึงภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6) ไม่ต่ำกว่า 2.50
รอบ Quota	
รอบ Admission	คัดเลือกจากคะแนน TGAT, A-Level (คณิตศาสตร์ประยุกต์ 1, ชีววิทยา, ภาษาอังกฤษ) และมีคะแนนเฉลี่ยสะสม 6 ภาคเรียน ไม่ต่ำกว่า 2.00

วิธีการคัดเลือก พิจารณาคุณสมบัติให้เป็นไปตามประกาศ ตามลำดับชั้น ดังนี้

รอบที่ 1 Portfolio รายละเอียดผลงาน ดังต่อไปนี้

- ประวัติส่วนตัว ความสามารถพิเศษ
- ประวัติทางการศึกษา/ผลงาน การมีส่วนร่วม กิจกรรมสาธารณะ
- เกียรติบัตร / รางวัล ภายใน และภายนอกสถาบัน

พิจารณาจาก

- GPA (ไม่น้อยกว่า 2.50)
- Portfolio
- การสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย

รอบที่ 2 Quota

พิจารณาจาก

- GPA (ไม่น้อยกว่า 2.50)
- การสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย

รอบที่ 3 Admission

พิจารณาจาก

- ผลสอบ GAT,PAT,GPA (ไม่น้อยกว่า 2.00)
- GPA เฉลี่ยสะสม 20 %
- คะแนน GAT 50%
- คะแนน A Level 30% (วิชา คณิตศาสตร์ประยุกต์ 1 ชีววิทยา และภาษาอังกฤษ)
- การสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย

รอบที่ 4 รับตรง

พิจารณาจาก

- GPA (ไม่น้อยกว่า 2.00)
- การสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย

รายการตรวจ	ผลการตรวจ
Eyes	
Ears	
Nose	
Mouth, Throat, Tonsils	
Head, Scalp, Face	
Thyroid gland	
Lung, Chest	
Heart	
Breast	
Distal pulse	
Abdomen	
Lymph nodes	
Extremities, musculoskeletal	
Skin	
Others	

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและอื่นๆ

รายการตรวจ	ผลการตรวจ
Complete blood count	
HBsAg	
Urine analysis	
Urine pregnancy	
ตาบอดสี	
Chest X-ray	

สรุปความเห็น : เห็นว่าตรวจสุขภาพ

☐ มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นอุปสรรคที่จะเข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยฯ

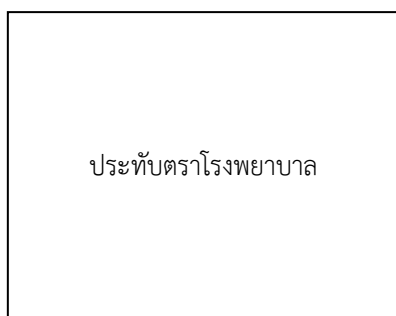
☐ พบสิ่งผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยฯ โดยตรวจพบสิ่งผิดปกติดังนี้
(โปรดระบุ)

.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั้น 1

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกเลขใบอนุญาต ณ วันที่

ขอรับรองผลการตรวจร่างกายในข้างต้น



ประทับตราโรงพยาบาล

ลงลายมือชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....