

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รายละเอียดและขั้นตอนสำหรับผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสัมภาษณ์
ในการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประจำปีการศึกษา 2569 รอบที่ 1 Portfolio (1/1)

คณะ : คณะพยาบาลศาสตร์

หลักสูตร : พยาบาลศาสตรบัณฑิต รอบที่ 1 Portfolio (1/1)

1. ลักษณะของการสอบ : สอบสัมภาษณ์ ณ คณะพยาบาลศาสตร์ ศาลายา
2. ค่าธรรมเนียมการสอบ : ค่าธรรมเนียมการสอบสัมภาษณ์ **คนละ 250.- บาท (สองร้อยห้าสิบบาทถ้วน)**
 วิธีการชำระเงินค่าธรรมเนียม โดยนำเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช
 เลขที่บัญชี 016-4-26827-3 ชื่อบัญชี “หน่วยทะเบียนและประเมินผลการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล” จำนวน 250.- บาท **ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2568 เวลา 16.00 น.**
3. ขั้นตอนการดำเนินการของผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสัมภาษณ์

วัน เดือน ปี	การดำเนินการของผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสัมภาษณ์
30 ตุลาคม 2568 ภายในเวลา 16.00 น.	1. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการสัมภาษณ์ 250 บาท 2. ตอบแบบสอบถามในโปรแกรม MU MyMind ที่ https://ns.mahidol.ac.th/dassNS/index.asp 3. Upload ไฟล์หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมใน Google Form (ฉบับจริงป็นนามาส่งในวันรายงานตัวสอบสัมภาษณ์ กรณีหลักฐานการโอนเงินชื่อไม่ตรงกับผู้สัมภาษณ์ กรุณาระบุชื่อผู้สัมภาษณ์ลงในหลักฐานการโอนเงินด้วย) 3. กรอกแบบตอบรับแจ้งความประสงค์ในการเข้ารับการสัมภาษณ์ ผ่าน Google Form ที่ https://forms.gle/yWfi2bomPoth4kye8 4. เข้ากลุ่ม Line Open Chat ตามลิงก์ด้านล่าง (code : nsmu) https://line.me/ti/g2/vFBbE2pre1gbCM6mrMzdko5iegzpKmkcndAlw?utm_source=invitation&utm_medium=link_copy&utm_campaign=default (หมายเหตุ : หากเกิดปัญหาเกี่ยวกับการอัปโหลดเอกสาร โปรดแจ้งปัญหามาที่งานบริการการศึกษา โทร 02-441-5333 ต่อ 2122-2123 หรือ 092-2626308 ในวันและเวลาราชการ)
1 พฤศจิกายน 2568	วันและเวลาการรายงานตัว เพื่อดำเนินการต่างๆ ดังนี้ 07.30 – 08.00 น. ผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสัมภาษณ์ฯ ทุกคน เซ็นชื่อรายงานตัว ณ ห้องประชุม ภัทรมหาราชกรุณย์ ชั้น 5 อาคารมหิตลodayเดช-พระศรีนครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ศาลายา (โปรดเตรียมบัตรประชาชนตัวจริงมารายงานตัวด้วย) 09.00 - 15.00 น. สอบสัมภาษณ์ตามห้องที่กำหนด

หมายเหตุ : เอกสารที่ต้องนำมาวันสัมภาษณ์

1. เอกสารหมายเลข 1 แบบฟอร์มประวัติผู้สมัคร
2. สำเนาเอกสารเพิ่มเติมของผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ฯ ประกอบด้วย สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านของตนเอง, สำเนาใบแสดงผลการศึกษา ม.4-6 (ปพ.1) โดยผู้สมัครต้องเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อย
3. ใบรับรองผลการตรวจร่างกาย (ฉบับจริง) กรณีที่มีผลการตรวจเพิ่มเติมให้แนบมาด้วย
4. หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม 250 บาท (Print ใส่กระดาษ A4 และเซ็นรับรองเอกสารให้เรียบร้อย)
5. เล่ม Portfolio (เย็บเล่มให้เรียบร้อย)
6. เกียรติบัตรรางวัลฉบับจริง (จัดใส่แฟ้มต่างหาก ไม่รวมกับเล่ม Portfolio)

4. สรุปขั้นตอนปฏิบัติ : ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ฯ ทุกคนต้องปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไปนี้

- 4.1 ชำระเงินค่าธรรมเนียมการสอบสัมภาษณ์ จำนวน 250.- บาท
- 4.2 ตอบแบบสอบถามในโปรแกรม MU MyMind
- 4.3 กรอกแบบตอบรับแจ้งความประสงค์ในการเข้ารับการสัมภาษณ์ ผ่าน Google Form
- 4.4 เข้ากลุ่ม Line Open Chat
- 4.5 ตรวจร่างกายที่สถานพยาบาลของรัฐ โดยใช้แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ตามที่คณะฯ กำหนด
- 4.6 มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการสัมภาษณ์ตามกำหนดวัน และเวลา ณ สถานที่ที่กำหนดไว้
- 4.7 ตรวจสอบลำดับที่สัมภาษณ์ ที่บอร์ดประชาสัมพันธ์บริเวณชั้น G โรงอาหาร หรือที่หน้าห้องรายงานตัว
- 4.8 เตรียมเอกสาร และนำมาส่งให้เจ้าหน้าที่ ณ ห้องรายงานตัวเพื่อเข้ารับการสัมภาษณ์ ในวันเสาร์ที่ 1 พฤศจิกายน 2568 ดังนี้

- (1) เอกสารหมายเลข 1 ดาวน์โหลดและกรอกข้อมูลให้เรียบร้อย
- (2) สำเนาเอกสารเพิ่มเติมของผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ฯ ประกอบด้วย
 - สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านของตนเอง
 - สำเนาใบแสดงผลการศึกษา ม.4-6 (ปพ.1)
 (โดยผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับ)
- (3) ใบรับรองผลการตรวจร่างกาย (ฉบับจริง) กรณีที่มีผลการตรวจเพิ่มเติมให้แนบมาด้วย
- (4) หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม 250.- บาท (Print ใส่กระดาษ A4 และเซ็นรับรองเอกสารให้เรียบร้อย)
- (5) เล่ม Portfolio (เย็บเล่มให้เรียบร้อย)
- (6) เกียรติบัตรรางวัลฉบับจริง (จัดใส่แฟ้มต่างหาก ไม่รวมกับเล่ม Portfolio)

**** ให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์จัดชุดเอกสาร ข้อ 4.8 เรียงลำดับตามข้อ (1) - (4) พร้อมทั้งเย็บเอกสารทั้งหมดรวมเป็นชุดเดียวกัน เพื่อป้องกันมิให้เอกสารสำเนานั้นสูญหายไปได้**



ลำดับที่..... (เฉพาะเจ้าหน้าที่)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ประวัติผู้สมัคร หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2569 รอบที่ 1 Portfolio (1/1)

1. ชื่อ นาย/นาง/นางสาวนามสกุล.....อายุ.....ปี
 ศาสนา..... น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม. โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....
2. ประวัติครอบครัว
 - บิดา อายุ.....ปี () มีชีวิต () ถึงแก่กรรม อาชีพ/ลักษณะงาน.....
 - มารดา อายุ.....ปี () มีชีวิต () ถึงแก่กรรม อาชีพ/ลักษณะงาน.....
 - บิดา/มารดา () อยู่ร่วมกัน () หย่า/แยกกันอยู่ () อื่น ๆ ระบุ.....
 - รายได้ครอบครัว () ค่อนข้างดี/ มีเงินเหลือเก็บ () พอเพียงกับการใช้จ่าย () ค่อนข้างขาดแคลน/กู้ยืม
3. ประวัติส่วนตัว
 - เป็นบุตรคนที่.....ในจำนวนทั้งหมด.....คน ยังอยู่ในความอุปการะของบิดา/ มารดา.....คน
 - คุณลักษณะเด่นภาคภูมิใจตนเอง

 - คุณลักษณะที่ควรปรับปรุง

 - ความสามารถ / ความถนัด / ประสบการณ์ / กิจกรรมพิเศษ

 - การได้รับรางวัล / เกียรติบัตร

4. ความคิดเห็นต่อวิชาชีพการพยาบาล

5. เป้าหมายในอนาคต

6. ประวัติสุขภาพ (โปรดระบุทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต)

โรคประจำตัว () ไม่มี () มี โปรดระบุ.....
 การรักษาปัจจุบัน () ไม่มี () มี โปรดระบุการรักษาและยาที่ได้รับ

ทั้งนี้ ผู้สมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ต้องมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงและปราศจากโรค อาการของโรคหรือความพิการ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพเวชกรรม/วิชาชีพการพยาบาล ดังต่อไปนี้

(1) มีปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง และ/หรือผู้อื่น เช่น โรคจิต (Psychotic Disorders) กลุ่มโรคอารมณ์ ผิดปกติ (Mood Disorders) โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorders) โดยเฉพาะ Antisocial Personality Disorders หรือ Borderline Personality Disorders รวมถึงปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการ ประกอบวิชาชีพการพยาบาล

(2) เป็นโรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวรอันเป็นอุปสรรคต่อ การศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

(3) เป็นโรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ที่อาจเกิดอันตราย ต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

(4) มีความพิการทางร่างกายอันอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

(5) มีความผิดปกติด้านสุขภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

(5.1) ตาบอดสี โดยได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว

(5.2) ระดับการมองเห็นในตาข้างดี แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40

(5.3) มีความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง โดยมีระดับการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ 500 - 2,000 เฮิรตซ์ สูงกว่า 40 เดซิเบล และความสามารถในการแยกแยะคำพูด (Speech Discrimination Score) น้อยกว่าร้อยละ 70 จากความผิดปกติของประสาทและเซลล์ ประสาทการได้ยิน (Sensorineural Hearing Loss)

(5.4) โรคหรือความพิการอื่น ๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ข้างต้น ที่คณะกรรมการแพทย์ผู้ตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ทั้งนี้คนบติคณะพยาบาลศาสตรอาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค หรือผู้เชี่ยวชาญในแต่ละ กรณีตรวจเพิ่มเติมได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากพบภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อ (1) - (6) ข้อใดข้อ หนึ่ง หรือให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ หรือจงใจปกปิดข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมถูกตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้และการเป็นนักศึกษาของ มหาวิทยาลัยมหิดล แม้ว่าจะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยแล้วก็ตาม

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
 (.....)



ใบรับรองแพทย์

ผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ระบบ TCAS ปีการศึกษา 2569

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ – สกุลผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด

ที่อยู่ปัจจุบัน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด

โทรศัพท์มือถือ เป็นผู้สมัครในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ระบบ TCAS ประจำปีการศึกษา 2569 รอบที่ 1 Portfolio (1/1) ☐ โครงการ Portfolio ☐ โครงการ Portfolio (กลุ่มสองภาษา)

ข้าพเจ้าขอรับรองประวัติสุขภาพตนเอง ดังนี้

1. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

2. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (3 ปี ที่ผ่านมา) ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ.....

3. เคยรับการตรวจปัญหาทางจิตเวชหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ผลการตรวจ คือ.....

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วันที่/...../.....

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจร่างกายโดยแพทย์

โดยปรากฏผลการตรวจร่างกาย ดังต่อไปนี้

1. ตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต มิลลิเมตรปรอท

☐ ร่างกายสมบูรณ์

☐ พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่.....

2. ผลการตรวจเลือด Complete Blood Count (CBC).....

3. ผล X-Ray ปอด ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

4. ผลการตรวจตาบอดสี ☐ ไม่เป็นตาบอดสี

☐ มีตาบอดสี โพรตระกูลระดับเล็กน้อยระดับปานกลางระดับรุนแรง

5. ผลการตรวจปัสสาวะ Urine Analysis (U/A) ☐ ปกติ ☐ พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่

ผลการตรวจร่างกายโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....

แพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

โรงพยาบาล.....ที่ตั้ง.....

.....โทรศัพท์.....

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

วันที่ตรวจ/...../.....

หมายเหตุ : 1. โปรดประทับตราสถานพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

2. ตรวจร่างกายจากสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น โดยใบรับรองผลการตรวจต้องมีอายุไม่เกิน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ตรวจถึงวันส่งผลการตรวจ

3. หากผลตรวจร่างกายพบความผิดปกติในเบื้องต้น ให้ตรวจเพิ่มเติมอย่างละเอียด และส่งหลักฐานการตรวจมาด้วย