

เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา ระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา 2561

ชื่อส่วนงาน : คณะวิทยาศาสตร์ โทร. 02-201-5052-3

หลักสูตร : วิทยาศาสตร์บัณฑิต

เปิดรับรอบที่ : 3 รับตรงร่วมกัน

จำนวนที่เปิดรับ : 150 คน

1. วุฒิการศึกษา : ม.6 หรือเทียบเท่า
2. แผนการศึกษา : วิทยุ-คณิต
3. เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (GPAX) : ≥ 2.75
4. จำนวนวิชาสามัญที่สอบ และเกณฑ์ขั้นต่ำของคะแนนสอบ

เคมี	ฟิสิกส์	ชีววิทยา	คณิต 1	อังกฤษ	ไทย	สังคม	คะแนนรวม
ไม่กำหนดขั้นต่ำ							7 วิชา $\geq 40\%*$

(*ร้อยละคะแนนขั้นต่ำโดยรวม ไม่จำแนกเป็นรายวิชา)

5. ค่าสอบสัมภาษณ์ : 500 บาท

6. คุณสมบัติเฉพาะ :

6.1 ไม่มีปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการปฏิบัติงานทางวิทยาศาสตร์คณิตศาสตร์

6.2 เป็นผู้ที่มีความสนใจ และมีความมุ่งมั่นที่จะศึกษา และประกอบอาชีพโดยใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์คณิตศาสตร์อย่างแท้จริง

7. เอกสารประกอบการสมัคร

มหาวิทยาลัยมหิดลเปิดรับสมัครออนไลน์สำหรับรอบที่ 3 ในระหว่างวันที่ 9 – 13 พฤษภาคม 2561 ทางเว็บไซต์ <https://admission.mahidol.ac.th/> โดยผู้สมัครต้องอัปโหลดเอกสาร ดังนี้

7.1 รูปถ่ายดิจิทัลหรือสแกนรูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว สวมชุดเครื่องแบบนักเรียนที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน

7.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุ

7.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร บิดาและมารดา และ/หรือ ผู้ปกครอง

7.4 สำเนาใบแสดงผลการเรียน (ปพ.1) ของผลการศึกษาล่าสุด

7.5 ใบ มมวท-04 ใบแสดงผลการตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี (ตามเอกสารแนบ)

(เอกสารข้อ 7.2 – 7.4 ต้องเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องด้วยปากกาน้ำเงินทุกฉบับ)



ใบแสดงผลการตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (นาย/นางสาว).....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวผู้สมัคร.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....
โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้.....สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี คณะวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล ระบบ TCAS รอบที่.....โครงการ.....ปีการศึกษา.....

โดยปรากฏผลการตรวจดังนี้

1. ตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

ร่างกายสมบูรณ์ สามารถสมัครเข้าศึกษาได้

พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่.....

2. ผล X-rayปอด.....

3. ผลการตรวจตา ตาบอดสี ตาไม่บอดสี

ผลการตรวจร่างกายโดย (นายแพทย์ / แพทย์หญิง).....

แพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

โทร.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ/...../.....

หมายเหตุ 1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

2. ตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น โดยใบผลการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 3 เดือนนับตั้งแต่วันที่ตรวจถึงวันสอบสัมภาษณ์