



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-ray ปอด.....

3. ผลการตรวจตา

ตาบอดสี

ตาไม่บอดสี

ผลการตรวจร่างกายโดย (นายแพทย์ / แพทย์หญิง).....

แพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

โทร.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ ...../...../.....

หมายเหตุ 1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

2. ตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น โดยใบผลการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 3 เดือนนับตั้งแต่วันที่ตรวจ - 31 กรกฎาคม 2563